

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Comunitária

Relatório de Estágio

**Conhecimentos sobre infeção aguda pelo VIH,
em homens que têm sexo com homens: um
passo para a deteção precoce**

Andreia Sofia Cabrita Martins

Lisboa

2017



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Comunitária

Relatório de Estágio

**Conhecimentos sobre infeção aguda pelo VIH,
em homens que têm sexo com homens: um
passo para a deteção precoce**

Andreia Sofia Cabrita Martins

Orientador: Professora Doutora Maria de Lourdes Varandas

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



A vida é para nós o que concebemos nela. Para o rústico cujo campo próprio lhe é tudo, esse campo é um império. Para o César cujo império lhe ainda é pouco, esse império é um campo. O pobre possui um império; o grande possui um campo. Na verdade, não possuímos mais que as nossas próprias sensações

Fernando Pessoa *in* Livro do Desassossego

AGRADECIMENTOS

À Sra. Professora Doutora Lourdes Varandas, pela orientação e apoio ao longo de todo este percurso.

Ao Sr. Enfermeiro Miguel Rocha pelo incentivo, apoio e partilha de conhecimentos no âmbito da Saúde Comunitária.

À equipa do CheckpointLX e ao GAT, pelo seu excelente acolhimento. Agradeço a oportunidade de terem possibilitado a realização do estágio neste local, tão rico em aprendizagens.

Ao meu marido João, por todo o suporte, apoio, motivação e carinho que transmitiu em todas as etapas, todos os altos e baixos, sem exceção. Obrigada por me acompanhares e apoiares nesta aventura.

À Sra. Enfermeira Chefe Helena Bernardes e a todos os elementos da equipa de enfermagem, pela compreensão e incentivo à formação.

Aos meus pais, familiares e amigos, por todo o tempo em que abdiquei de estar convosco e nunca terem deixado de demonstrar compreensão, apoio e carinho.

Às minhas colegas de curso, que sempre acreditaram e não me deixaram desistir.

Sem o apoio de todos vós, nada disto seria concretizável.

RESUMO

A infecção aguda pelo VIH é a fase da infecção que decorre após a exposição ao vírus do VIH. Pela subjetividade dos sintomas que podem surgir e pela sua duração, é dificilmente diagnosticada. No sentido de controlar a transmissão da infecção e de diagnosticar o VIH o mais precocemente possível, torna-se importante capacitar os indivíduos para que procurem realizar o rastreio precoce do VIH. A Enfermagem de Saúde Comunitária desempenha um papel privilegiado no âmbito da educação para a saúde de indivíduos/famílias/grupos, com vista à obtenção de ganhos em saúde.

Este projeto de intervenção comunitária é direcionado para os conhecimentos que os homens que têm sexo com homens detêm sobre a infecção aguda pelo VIH. Foi desenvolvido no CheckpointLX, que presta cuidados direcionados a esta mesma população, cuja incidência do VIH é elevada.

Teve por base a metodologia do planeamento em saúde e como referencial teórico, o Modelo de Sistemas de Neuman. Para o diagnóstico de situação foi construído um instrumento de colheita de dados para avaliação dos dados sociodemográficos, dos conhecimentos sobre VIH e infecção aguda pelo VIH, e enviado aos subscritores da *newsletter* do centro, obtendo-se uma amostra de 112 participantes. Para o tratamento dos dados, recorreu-se à análise de conteúdo (Bardin, 2015), à estatística descritiva e análise de regressão logística binária, com recurso ao *software SPSS® for Windows*.

Foi identificado como *stressor* prioritário, os conhecimentos desta população face à infecção aguda pelo VIH. Foram desenvolvidas intervenções como colaboração na elaboração de um *quizz*, introdução do folheto informativo sobre infecção aguda pelo VIH em *kits* de oferta e elaboração de filmes sobre infecção aguda pelo VIH.

O desenvolvimento deste projeto foi essencial para a aquisição de conhecimentos e competências preconizadas para o enfermeiro especialista em Saúde Comunitária.

Palavras-chave: homens que têm sexo com homens; VIH; diagnóstico precoce do VIH; infecção aguda pelo VIH; Saúde Comunitária

ABSTRACT

Acute HIV infection is the stage of infection that occurs after exposure to the HIV virus. Due to the subjectivity of the symptoms that may arise and its duration, it is hardly diagnosed. In order to control the transmission of infection and to diagnose HIV as early as possible, it is important to enable individuals to seek early HIV screening. Community Health Nursing plays a privileged role in the health education of individuals / families / groups, in order to obtain health gains.

This community intervention project is targeted at the knowledge that men who have sex with men hold about acute HIV infection. It was developed at CheckpointLX, which provides targeted care to this same population, whose HIV incidence is high.

It was based on the methodology of health planning and as theoretical reference, the Neuman's System Model. For the diagnosis of the situation, a data collection instrument was used to evaluate socio-demographic data, knowledge about HIV and acute HIV infection, and sent to the subscribers of the center's newsletter, obtaining a sample of 112 participants. For the treatment of data, we used content analysis (Bardin, 2015), descriptive statistics and binary logistic regression analysis using SPSS© for Windows software.

It was identified as a priority stressor the knowledge of this population regarding acute HIV infection. Interventions were developed such as collaboration on the development of a quizz, introduction of the leaflet on acute HIV infection in supply kits and the development of films on acute HIV infection.

The development of this project was essential for the acquisition of the knowledge and skills recommended for the nurse specialist in Community Health.

Keywords: men who have sex with men; HIV; Early diagnosis of HIV; Acute HIV Infection; Community Health

LISTA DE SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

EACS – *European AIDS Clinical Society*

ECDC – *European Centre for Disease Prevention and Control*

EMIS – *European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey*

EUA – Estados Unidos da América

GAT – Grupo de Ativistas em Tratamentos

HSH – Homens que têm sexo com homens

IAPAC – *International Association of Physicians in AIDS Care*

ICN – *International Council of Nursing*

IST's – Infecções sexualmente transmissíveis

KACRAI-HIV – *Knowledge, Assessment, Confirmation and Referral of Acute Infections – Human Immunodeficiency Virus*

LGTBQ – *Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Queer*

NAT – *National AIDS Trust*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

PrEP – Profilaxia pré-Exposição

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

UE/EEE – União Europeia/Espaço Económico Europeu

UNAIDS – *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*

UN-Habitat – *United Nations Human Settlements Programme*

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1. PERTINÊNCIA DO PROJETO	22
1.1. Foco de atenção: diagnóstico da infecção pelo VIH em fase aguda	22
1.2. Foco de intervenção: homens que têm sexo com homens	26
1.2.1. Conhecimentos sobre infecção aguda pelo VIH, em HSH	28
2. MODELO DE SISTEMAS DE NEUMAN	31
3. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	33
3.1. Contextualização do local de intervenção	34
3.2. Constituição da amostra	36
3.3. Definição dos procedimentos de colheita de dados	37
3.3.1. Questões Éticas	38
3.4. Tratamento e análise dos dados	39
3.5. Apresentação e discussão dos dados obtidos	41
3.5.1. Dados sociodemográficos	41
3.5.2. Conhecimentos face ao VIH	42
3.5.3. Conhecimentos face à infecção aguda pelo VIH	43
3.6. Definição de problemas	44
4. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	47
5. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	48
6. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO E PREPARAÇÃO OPERACIONAL	49
7. AVALIAÇÃO	53
8. CONCLUSÃO	56
8.1. Limitações e recomendações do projeto de intervenção comunitária	56
8.2. Reflexão sobre as competências desenvolvidas na área de especialização de enfermagem comunitária	57
8.3. Considerações finais	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	

Anexo I. Modelo de Sistemas de Neuman

Anexo II. Autorização por parte da Direção do GAT

Anexo III. Autorização para aplicação do “Questionário de Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes Universitários” (HBSC/SSREU)

Anexo IV. Parecer da Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa

Anexo V. Autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados para o estudo KACRAI-HIV

Anexo VI. Grelha de Análise

Anexo VII. Dados estatísticos da visualização dos filmes sobre infeção aguda pelo VIH

APÊNDICES

Apêndice I. Definição das palavras-chave com base no esquema PPC

Apêndice II. Diagrama PRISMA

Apêndice III. Cronograma previsto para o 3º semestre e cronograma reformulado

Apêndice IV. Instrumento de colheita de dados

Apêndice V. Ícone de acesso ao questionário *online*

Apêndice VI. Respostas ao questionário

Apêndice VII. Estudo KACRAI-HIV

Apêndice VIII. Apresentação dos resultados por estatística descritiva

Apêndice IX. Apresentação dos resultados por análise de conteúdo

Apêndice X. Apresentação dos resultados por método de regressão logística binária

Apêndice XI. Apresentação dos resultados por método de regressão logística binária, aplicado às 3 questões sobre conhecimentos face ao VIH com % de respostas corretas inferior a 90%

Apêndice XII. Sessão de apresentação do projeto à equipa do CheckpointLX

Apêndice XIII. Resumo da apresentação do projeto, entregue aos elementos da equipa do CheckpointLX

Apêndice XIV. *Quizz* sobre infeção aguda pelo VIH para a *app*-móvel

Apêndice XV. Vídeos sobre infeção aguda pelo VIH

Apêndice XVI. Folhetos sobre infeção aguda pelo VIH, nos *kits*

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Definição dos problemas, resultantes do diagnóstico da situação ...	45
Tabela 2. Priorização dos <i>stressores</i> , com base na grelha de análise	47
Tabela 3. Estratégias de intervenção para o objetivo operacional A	49
Tabela 4. Estratégias de intervenção para o objetivo operacional B	50

INTRODUÇÃO

A infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) é considerada uma ameaça que pode condicionar o desenvolvimento social e económico das populações, ao afetar essencialmente a população ativa. Atendendo às implicações para o estado de saúde da população, à dimensão abrangente dos determinantes de transmissão e à taxa de incidência significativa face aos países da Europa Ocidental, a infeção pelo VIH é definida pela Direção-Geral da Saúde (DGS, 2012) como uma área de intervenção prioritária e constitui um dos programas de saúde prioritários, em Portugal (Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção por VIH/SIDA 2012-2016).

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção por VIH/SIDA 2012-2016 (DGS, 2012), salienta a percentagem elevada (>60%) de diagnósticos de VIH tardios (linfócitos TCD4⁺ < a 350/mm³). O diagnóstico tardio do VIH traduz oportunidades perdidas no âmbito da prevenção e atraso no tratamento, não quebrando as cadeias de transmissão do vírus e aumentando o risco de morbilidade e mortalidade. No sentido de promover a deteção precoce de VIH, diminuição do risco da infeção e consequente obtenção de ganhos em saúde para a população, este Programa faz referência a estratégias a desenvolver, como por exemplo, o aumento da consciência do risco e a promoção da realização do teste de rastreio. A temática geral deste projeto (identificação precoce de VIH, em fase aguda de infeção), surgiu na sequência não só do meu interesse pessoal, como também das necessidades e objetivos do local de estágio e da pertinência atual da problemática.

Nesta sequência e atendendo à evidência científica que refere não só lacunas no conhecimento da população em geral sobre infeção aguda pelo VIH, como também revela esta área como um foco de atenção recente e atual em Portugal, torna-se pertinente o desenvolvimento deste projeto direcionado para o diagnóstico o mais precoce possível de VIH, em específico, para a fase de infeção aguda.

Em Portugal, a epidemia do VIH é de “tipo concentrado, afetando as populações com comportamento particularmente vulneráveis” (DGS, 2012, p.1), como é o caso dos homens que têm sexo com homens (HSH), com

prevalência de infeção entre os 7,7% e 10,2% (DGS, 2012). Assim, para esta população com vulnerabilidade acrescida para a infeção pelo VIH, torna-se importante a intervenção junto da mesma, constituindo-se, por isso, a população-alvo deste projeto.

O perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Ordem dos Enfermeiros - OE, 2010), permite identificar e dar respostas adequadas às necessidades de saúde de indivíduos, grupos e comunidades, em parceria com outros profissionais de saúde, instituições e outros recursos da comunidade, proporcionando a obtenção de ganhos em saúde. Estas mesmas competências contribuem, igualmente, para a justificação do envolvimento e intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública no que respeita a este problema de saúde, nesta comunidade.

O projeto de intervenção comunitária é desenvolvido com base na metodologia do planeamento em saúde, que se define “como a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio-económicos” (Imperatori & Giraldes, 1982, p.6).

O planeamento em saúde é composto pelas fases de diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, execução e avaliação das atividades e não é um processo fixo, mas sim dinâmico e contínuo (Imperatori & Giraldes, 1982).

Como referencial teórico, considerou-se que o Modelo de Sistemas de Neuman seria o que melhor se enquadrava neste projeto, uma vez que sendo esta população-alvo considerada vulnerável, está suscetível a múltiplos e sobrepostos fatores de stress (Sebastian, 1999). Nesta sequência, a intervenção do enfermeiro, neste projeto em específico, é maioritariamente direcionada para a prevenção secundária, a fim de diminuir a prevalência e morbilidade causada pela doença através do diagnóstico precoce (Sy & Long-Marin, 1999; Berenguera et al, 2011).

Posto isto, com a elaboração deste projeto de intervenção comunitária, pretendo **contribuir para a identificação precoce de VIH, em fase aguda da**

infecção, em homens que têm sexo com homens, constituindo-se esta a finalidade do projeto. Como questão orientadora de investigação definiu-se: **no âmbito da Saúde Comunitária, quais os conhecimentos dos homens que têm sexo com homens face à infecção aguda pelo VIH?**

Assim, este projeto está organizado de forma a que num primeiro capítulo esteja evidenciada a fundamentação do tema, com base na evidência disponível e organizado segundo o foco de atenção, descrito como uma “área de atenção para a enfermagem” (International Council of Nursing - ICN, 2011, p.35) e de intervenção, que consiste no “beneficiário da intervenção” (ICN, 2011, p.113). É seguido de uma breve abordagem e enquadramento do projeto com base no Modelo de Sistemas de Neuman. Por último, seguem-se os capítulos com as etapas da metodologia do planeamento em saúde, desenvolvidas neste projeto de intervenção comunitária.

1. PERTINÊNCIA DO PROJETO

No sentido de fundamentar a pertinência deste projeto e de aprofundar conhecimentos no âmbito desta problemática, bem como de procurar resposta à questão orientadora da investigação, efetuaram-se pesquisas em diferentes fontes de informação, como por exemplo, sites de referência, entre eles saliento a DGS, Organização Mundial de Saúde (OMS), *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), CheckpointLX e livros. Procedeu-se, igualmente, a pesquisas nas bases de dados da CINAHL *Plus with Full Text* e MEDLINE *With Full Text*, da plataforma informática EBSCO e elaborada uma *Scoping Review* nestas mesmas bases de dados.

A formulação da questão de investigação (no âmbito da Saúde Comunitária, quais os conhecimentos dos homens que têm sexo com homens face à infeção aguda pelo VIH?), teve por base o esquema de referência PCC (População, Conceito e Contexto), que identifica os termos-chave, presentes na questão. Associado aos componentes desta questão, definiram-se palavras-chave, com termos indexados e termos em linguagem natural, as quais foram introduzidas nas duas bases de dados da EBSCO (Apêndice I). A par do desenvolvimento da pesquisa, foi desenvolvido um Diagrama PRISMA (Apêndice II) que resume o processo de pesquisa efetuado.

1.1. Foco de atenção: diagnóstico da infeção pelo VIH em fase aguda

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), que foi descoberta em 1983 (Hale, 1999) é causada pelo VIH, um vírus RNA da família *Retroviridae* (retrovírus). O mecanismo de ação do vírus tem um período de incubação de 8 a 10 anos. A sua ação ocorre sobre os linfócitos T, células que intervêm na defesa imunológica do indivíduo, eliminando-as ou inativando-as (Colombrini, Marchiori & Figueiredo, 2009), deixando o hospedeiro sensível a infeções oportunistas, neoplasias e a outros problemas de saúde (Hale, 1999).

A nível mundial, aproximadamente 37 milhões de pessoas vivem com o VIH (*World Health Organization* - WHO, 2016) em 2015, sendo que, nesse

mesmo ano, foram diagnosticados cerca de 2 milhões de indivíduos com VIH. Na Europa estima-se que mais de 2,5 milhões de pessoas vivem com o VIH, em 2015, sendo que cerca de metade desta população desconhece que está infetada (WHO, 2016).

A taxa de incidência de VIH na Europa é de 7.9/10⁵ habitantes, referente a 2014 enquanto que, para o mesmo ano, a União Europeia/Espaço Económico Europeu (UE/EEE) teve uma taxa de incidência de 5.9/10⁵ habitantes, que corresponde a um total de 29.992 casos diagnosticados (ECDC & WHO Regional Office for Europe, 2015).

Comparativamente à média da UE/EEE, Portugal apresenta uma taxa de incidência superior, com 11,5/10⁵ habitantes, correspondendo a um total de 1220 casos, em 2014 (DGS, 2015), e uma taxa de prevalência de 0,5%.

Esta infeção pode influenciar o estado de saúde individual, familiar comunitário, constituindo-se, desta forma, um determinante em saúde com impacto a nível social e político. A incapacidade, redução da esperança de vida e morte prematuras associadas ao VIH/SIDA têm influência no aumento dos custos económicos em saúde. Os custos económicos do VIH/SIDA estão associados à incapacidade precoce e ao tratamento crónico, uma vez que a grande maioria da população com infeção centra-se nas faixas etárias entre os 20 e os 49 anos (Hale, 1999). A infeção pelo VIH continua a ser uma das mais importantes doenças de declaração obrigatória na Europa.

A transmissão do VIH ocorre principalmente das seguintes formas: transmissão por contacto sexual, sangue ou derivados e transmissão mãe-filho, (Colombrini et al, 2009), sendo a via sexual, a mais frequente. Segundo estes autores (2009), a infeção pelo VIH caracteriza-se pelas fases de infeção aguda; fase assintomática; fase sintomática inicial; e a fase de SIDA. Em 2014, embora se tenha verificado um aumento na deteção da infeção na fase aguda em Portugal, correspondendo a 21 casos no total de 1220 novos casos diagnosticados com VIH, o diagnóstico na fase de SIDA também aumentou, comparativamente a 2013, com 223 (18,3%) novos casos. A grande maioria dos casos de VIH são detetados na fase assintomática (DGS, 2015).

A elaboração deste projeto direciona-se para a deteção o mais precoce possível da infeção pelo VIH. Desta forma, centra-se na fase de infeção aguda

pelo VIH, cuja intervenção nesta vertente tem vindo a ser salientada como uma oportunidade importante para o controlo da epidemia.

Com base nas linhas orientadoras da *European AIDS Clinical Society* (EACS, 2016), a definição de infecção aguda pelo VIH, pressupõe uma exposição de alto risco nos últimos 6 meses, a deteção de antigénio p24 (Ag p24) e/ou RNA-VIH, a evolução da reatividade do anticorpo VIH e a presença ou ausência de sinais clínicos. Segundo esta fonte (2016), no que respeita ao diagnóstico da infecção, considera-se infecção aguda, quando é detetado o VIH (Ag p24 e/ou RNA-VIH), na ausência de anticorpo VIH, e infecção recente, quando o anticorpo VIH começa a ser detetado.

Esta fase é caracterizada por elevadas concentrações de vírus no sangue e secreções genitais e pela elevada infecciosidade, isto é um risco aumentado de transmissão do VIH (Pettifor et al, 2010). Podem surgir sinais e sintomas 2 a 4 semanas após a exposição ao vírus, idêntica a um síndrome gripal: febre, cefaleias, fadiga, exantema cutâneo, mialgias, artralgias, faringite e adenopatias (Siegler et al, 2015), náuseas, vômitos, diarreia (Saag et al, 2015), lesões orais, genitais ou anais, perda de peso, perda de apetite e sudorese (Streeck & Altfeld, 2015). Esta fase sintomática pode persistir durante 2 a 4 semanas e, aproximadamente 50% a 90% dos indivíduos com infecção pelo VIH experienciam pelo menos um sinal ou sintoma (Siegler et al, 2015).

Segundo Hoenigl et al (2016), o diagnóstico de VIH em fase aguda de infecção é difícil, em parte porque os sinais e sintomas que ocorrem durante a seroconversão não são frequentemente reconhecidos como indicadores de infecção aguda pelo VIH. Contudo, importa realçar que embora os testes para anticorpos de VIH possam dar resultados negativos, uma vez que o organismo ainda está a reagir e, por isso, a produzir os anticorpos, a proteína p24, a carga viral (elevada) e a diminuição das células CD4, podem começar a ser detetadas após a primeira semana da exposição (Carpenter, 2013) com recurso a testes de rastreio de 4ª geração ou tecnologias de diagnóstico *point-of-care* com maior especificidade e sensibilidade.

A referência na evidência à semelhança desta infecção a um quadro sugestivo de síndrome gripal, potencia a reflexão acerca da eficácia do diagnóstico. Assim, para que não se percam oportunidades de diagnosticar o VIH precocemente ao associar os sintomas apenas a um síndrome gripal, é

importante que se valide e desmistifique esta informação. Para tal, é essencial que os indivíduos conheçam e estejam conscientes dos sinais e sintomas, tal como da história de exposição ao vírus (Streeck & Altfeld, 2015).

Atualmente, foram definidas metas no sentido de controlar a epidemia do VIH, como é o caso da meta “90-90-90” (*Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* - UNAIDS, 2014). Esta meta, para 2020, prevê que nesta data 90% das pessoas que vivem com o VIH conheçam o seu estatuto serológico, 90% das pessoas com diagnóstico de VIH tenham acesso ao tratamento, 90% das pessoas com esta infeção tenham carga viral suprimida e reduzir para zero o impacto negativo da discriminação e estigma. Com estas medidas, prevê-se que em 2030 a infeção pelo VIH esteja controlada e perca o estatuto de epidemia.

Existem projetos que procuram contribuir para estas metas, de referir o projeto *Fast-Track Cities*, que envolve quatro parceiros principais: a Cidade de Paris, *International Association of Physicians in AIDS Care* (IAPAC), UNAIDS e *United Nations Human Settlements Programme* (UN-Habitat). Este projeto é uma iniciativa de parceria com cidades de cerca de 50 países de todo o mundo, para o desenvolvimento de estratégias de intervenção mais eficazes e acelerar o processo no combate ao VIH/SIDA em ambientes urbanos e populações com vulnerabilidade acrescida para a infeção pelo VIH.

A promoção do diagnóstico precoce do VIH é importante no âmbito da prevenção e controlo da infeção na medida em que permite intervir com vista a uma redução do risco de transmissão de VIH, no aconselhamento no sentido de promover mudança de comportamentos, na referenciação de cuidados e acesso ao tratamento mais precoce e no incentivo à notificação de parceiros sexuais (Cohen, Gay, Busch & Hecht, 2010; Bodach et al, 2012; Grin, Chan & Operario, 2013).

O diagnóstico precoce e conhecimento do estatuto serológico, contribui para escolhas informadas sobre a saúde sexual e estilos de vida de cada indivíduo, e pode diminuir o risco de transmissão do vírus. Direcionar a intervenção para a fase aguda de infeção, torna-se também pertinente devido à sua elevada infecciosidade, cujo risco de transmissão é 100 a 1000 vezes superior comparativamente com as restantes fases da infeção pelo VIH

(*National AIDS Trust - NAT*, 2011). Assim, intervir neste âmbito pode contribuir para a redução da incidência do VIH na comunidade (Baral et al, 2012).

1.2. Foco de intervenção: homens que têm sexo com homens

Segundo o estudo *European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey* – EMIS, a expressão “HSH”, designa-se a “todos os homens com identidade homossexual, heterossexual ou que utilizam outros termos específicos de determinadas etnias ou subculturas que, em determinadas circunstâncias, de forma habitual ou esporádica, têm sexo com outros homens” (Martins et al, 2010, p.6).

Tanto a nível da UE/EEE, como também em Portugal verifica-se um aumento do número de novos casos de VIH diagnosticados em HSH, correspondendo a 42%, em 2013 (ECDC, 2015) e a 31,8%, em 2014 (DGS, 2015), respetivamente. Com base na DGS (2015), foram diagnosticados no total 21 casos de VIH na fase aguda da infeção, em 2014, mas não são especificadas as populações envolvidas.

A maior incidência do VIH, nesta população, relaciona-se com o elevado risco de transmissão do vírus através de práticas sexuais anais sem uso preservativo, 14 vezes maior que as práticas sexuais vaginais sem uso de preservativo. O número de parceiros sexuais, as redes sexuais e cadeias de transmissão da infeção pelo VIH em fase aguda são igualmente descritos como fatores de risco (ECDC, 2015).

Nesta sequência, no estudo EMIS (Martins et al, 2010), em Portugal, realizado com uma amostra de 5187 HSH que responderam a um questionário disponibilizado *online* durante entre junho e agosto de 2010, acrescenta que mais de metade da amostra referiu ter parceiros ocasionais, sendo que 42,5% referiram 6 ou mais parceiros. Nesses relacionamentos, pelo menos uma vez, 37,2% não utilizaram preservativo e 85,6% da amostra, refere não o ter utilizado de forma correta. As práticas sexuais anais sem preservativo tiveram maior frequência associadas ao consumo de drogas. No que concerne ao acesso ao teste de rastreio para o VIH, embora a grande maioria saiba como

aceder ao teste, 1 em cada 5 participantes desconhecia o seu estatuto serológico.

Atualmente, as intervenções direcionadas para a adoção de comportamentos preventivos, como o caso do uso consistente do preservativo com lubrificante e realização de rastreio anual, e a redução do número de comportamentos de risco, continua a ser efetiva para o controlo da transmissão do VIH. No entanto, uma vez que se verifica um aumento do número de casos de VIH em HSH, sugerem-se a adição de novas estratégias de prevenção, como é o caso da Profilaxia pré-Exposição (PrEP), para a redução da incidência de VIH nesta população (Mirandola et al, 2016).

Nos resultados da pesquisa efetuada, são abordadas algumas estratégias de intervenção, no âmbito do diagnóstico do VIH, em HSH. Assim, destacam-se intervenções como serviços de saúde direcionados para HSH, capacitação e envolvimento dos pares, atendendo às características comuns, que facilita a proximidade e eficácia das intervenções (Menacho, Galea & Young, 2015), a divulgação de informação acerca da infeção (Grossman et al, 2011) e, especificamente a promoção da consciencialização para a fase aguda da infeção pelo VIH (Steinberg et al, 2011).

Alguns estudos fazem referência a intervenções de educação em saúde com recurso à internet e outras aplicações informáticas/apps (Grossman et al, 2011; Baral et al, 2013; Horvath, Ecklund, Hunt, Nelson & Tomey, 2015; Chan et al, 2016; Wanyenze et al, 2016), uma vez que o recurso a estas tecnologias é bastante utilizado por populações de contextos sociais discriminatórios (Horvath et al, 2015), podendo ser um recurso útil para facilitar a comunicação junto desta população em relação ao VIH e outras infeções sexualmente transmissíveis - IST's (Young & Jaganath, 2013).

Autores como Wohlfeiler et al (2013) referem que os meios informáticos podem ter influência em comportamentos que potenciam o aumento da transmissão de VIH e outras IST's nesta população, por exemplo, através dos sites de encontros de parceiros sexuais. Por outro lado, a internet pode desempenhar um papel importante no que respeita à promoção de estratégias de prevenção, sendo esta uma ferramenta atual no que respeita à transmissão de informação.

Outras estratégias de intervenção referidas, prendem-se com a importância da identificação precoce do VIH (Grossman et al, 2011), com a promoção para a adesão ao teste de rastreio do VIH em fase aguda da infeção através de iniciativas dirigidas à comunidade, como resposta ao controlo da epidemia por VIH (Steinberg et al, 2011). O conhecimento acerca do estatuto serológico de cada indivíduo (Baral et al, 2012) e do seu comportamento sexual (Pettifor et al, 2010) são fatores também realçados, capacitando o indivíduo para a autogestão do risco e da importância da realização do teste de rastreio. É feita, igualmente, referência a iniciativas educacionais para profissionais de saúde, no âmbito da suspeita da infeção pelo VIH através dos sinais e sintomas de seroconversão, em particular em indivíduos com vulnerabilidade acrescida (Steinberg et al, 2011).

Desta forma, os HSH são um grupo de intervenção prioritária no âmbito da prevenção do VIH, sendo essencial a promoção do teste de rastreio para o VIH, utilização de preservativo e transmissão de informação e aconselhamento para a diminuição do risco de transmissão do vírus. A redução do estigma e o despiste e tratamento de outras IST's são também, uma prioridade, nesta comunidade (ECDC, 2015).

1.2.1. Conhecimentos sobre infeção aguda pelo VIH, em HSH

No âmbito dos conhecimentos face ao VIH, destaca-se o estudo de Matos, Reis, Ramiro & Equipa Aventura Social (2012), direccionado para estudantes universitários de ambos os géneros. Os conhecimentos sobre vias de transmissão do VIH são elevados, com percentagens de respostas certas entre os 79,4% e os 99,8%. Os valores mais elevados corresponderam às vias de transmissão “sangue”, “seringas” “esperma”. No que respeita às diferenças de género, as mulheres apresentam níveis de conhecimento mais elevados, comparativamente aos homens.

No geral, dos 3278 participantes, apresentaram conhecimentos elevados face ao VIH, no entanto, há a destacar o grau de certeza mais baixo relativo à não transmissão do VIH através de utensílios para comer ou beber, já utilizados por outra pessoa, com 78,6% de respostas corretas e da eventualidade

transmissão do VIH por transfusão sanguínea, em Portugal, em que 31,1% respondeu corretamente (Matos et al, 2012).

No que respeita aos conhecimentos que os HSH detêm relativamente ao VIH e especificamente à fase de infecção aguda, verifica-se que aparentemente é uma área pouco explorada e publicada, nomeadamente em Portugal. É de salientar os estudos de Grin et al (2013) e de Siegler et al (2015), que assumem uma referência importante no desenvolvimento deste projeto, uma vez que se direcionam para a mesma temática.

O primeiro estudo (Grin et al, 2013), realizado em estudantes HSH com idades superiores ou iguais a 18 anos, constatou que o conhecimento geral face ao VIH era elevado, no entanto apresentam défice de conhecimento quanto à infecção aguda do VIH, nomeadamente relacionado com a existência de sintomatologia associada e aos níveis elevados de probabilidade de transmissão. Num total de 100 HSH, recrutados em 8 escolas Ivy League, nos Estados Unidos da América (EUA), através da aplicação de um questionário numa conferência da *Lesbian, Gay, Bissexual, Transgender and Queer* (LGBTQ), 46% tinham ouvido falar em infecção aguda pelo VIH. Quanto aos sinais e sintomas do VIH em fase aguda, 94% acreditam que cerca de 90% das pessoas não os experienciam nas primeiras semanas/meses após a infecção; e 45% identificaram a elevada infecciosidade nesta fase da infecção pelo VIH. Relativamente ao início da sintomatologia, 6% respondeu entre a 2^a e a 4^a semana após a exposição. Neste estudo, não é questionada a duração da sintomatologia.

No segundo estudo (Siegler et al, 2015) a amostra foi constituída por 1748 HSH, com idades superiores ou iguais a 18 anos, cujo método de recrutamento foi através do recurso a uma aplicação (*app*) móvel, disponibilizada nos EUA, disponibilizada entre maio e junho de 2014. No total da amostra, apenas 39% tinham consciência que a infecção pode ser acompanhada por sinais e sintomas. A maioria (68%) identificou a ocorrência de sintomatologia entre a 2^a e a 4^a semana após a exposição ao vírus, e 26% demonstrou conhecimento quanto à duração dos sinais e sintomas do VIH em fase aguda.

O estudo realizado pela NAT (2011) explorou o conhecimento sobre infecção aguda pelo VIH em população que se identifica como homossexual,

residente no Reino Unido. Num total de 8561 indivíduos, 60% desconhece a existência de sinais e sintomas durante a fase aguda da infecção pelo VIH.

De referir ainda, o estudo de Pettifor et al (2010), direcionado para o conhecimento do comportamento sexual em 37 HSH com VIH diagnosticado em fase aguda de infecção, residentes em Lilongwe, Malawi e Joanesburgo, África do Sul. Após o diagnóstico, a maioria dos participantes referiram alterar o seu comportamento sexual, no entanto, verificou-se um défice na compreensão sobre o aumento da infecciosidade nesta fase da infecção.

2. MODELO DE SISTEMAS DE NEUMAN

Considerou-se que, neste projeto, o Modelo de Sistemas de Neuman (Anexo I) seria o mais adequado, ao permitir a avaliação do estado de saúde de grupos agregados. Este Modelo baseia-se no holismo e é dinâmico, assumindo uma perspetiva de interação contínua do cliente, considerado um sistema aberto, com o ambiente interno e externo. Por sua vez, o cliente e o ambiente podem influenciar-se positiva ou negativamente. Quando ocorre instabilidade do sistema, o Modelo identifica esses estímulos causadores como *stressores*, que podem ter origem intra, inter e/ou extra-pessoal, os quais têm a capacidade de penetrar as linhas de defesa e resistência que envolvem o cliente-sistema (Neuman & Fawcett, 2011).

Desta forma, este Modelo avalia os efeitos que os *stressores* provocam no cliente-sistema e ajuda a identificar as variáveis que possam estar afetadas: fisiológica, sociocultural, psicológica, desenvolvimento e espiritual. Estas variáveis constituem, por sua vez, partes integrantes de indivíduos, famílias e/ou grupos, assumindo uma perspetiva holística do cliente-sistema.

O Modelo de Sistemas de Neuman (2011) assenta em princípios básicos, defendendo a unicidade de cada cliente que, por sua vez, é composto por uma estrutura base (core), composta por características comuns a outros indivíduos (fatores de sobrevivência e genética); a exposição a *stressores* gera necessidade de reajustamento, no sentido de recuperar a estabilidade do sistema. A estrutura básica é protegida pelas linhas de defesa flexível, normal e de resistência. Estas linhas de defesa podem ficar afetadas positiva ou negativamente, pela influência e interação contínua que o cliente-sistema e o ambiente exercem entre si.

A intervenção de enfermagem é considerada essencialmente preventiva e direcionada para três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária), consoante a linha de defesa que pretende atuar. A intervenção é planeada no sentido de reduzir os fatores de stress e manter ou reconstituir a estabilidade e o bem-estar ótimo do cliente-sistema, num determinado momento. Assim, a nível da prevenção primária, a intervenção direciona-se para a prevenção e redução de fatores de risco (encontro e invasão de *stressores*); na prevenção

secundária, cuja intervenção ocorre no sentido de promover a deteção precoce e/ou quando surgem os primeiros sintomas, isto é proteger e facilitar a reconstituição da estrutura básica; a prevenção terciária, por sua vez, procura restaurar/manter o nível máximo de bem-estar do cliente, num determinado momento.

A flexibilidade deste Modelo permite ampliar a prestação de cuidados às necessidades de uma comunidade. Assim, pode-se considerar a comunidade de HSH como um sistema agregado, por partilharem características e experiências semelhantes. Relacionando com a temática do projeto, o VIH constitui um *stressor* com impacto negativo no cliente-sistema, isto é, com capacidade de desequilibrar o cliente-sistema de forma irreversível, com consequências a nível da variável fisiológica, mais precisamente no sistema imunitário.

Assim, com este projeto pretende-se direcionar a intervenção para o diagnóstico do VIH o mais precoce possível, ou seja, para a fase aguda da infecção. Dado que a linha normal de defesa está em risco de ser penetrada pelo *stressor*, atendendo aos dados de incidência e prevalência da infecção pelo VIH e da presença de fatores de risco associados (Neuman & Fawcett, 2011), a intervenção do enfermeiro é direcionada para o nível de prevenção secundária. Assim, com a deteção precoce, pretende reconstituir a estrutura básica do cliente-sistema, o mais precocemente possível, com o acesso ao tratamento e, consequentemente, com impacto a nível da diminuição e controlo da carga viral neste grupo agregado.

A par da metodologia do planeamento em saúde, o recurso a este Modelo desempenhou um papel importante, como fio condutor para a caracterização da população, identificação de potenciais *stressores* e definição de metas e estratégias, a fim de contribuir para a estabilização e/ou manutenção da estabilidade do cliente-sistema.

3. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Com base na metodologia do planeamento em saúde, o diagnóstico da situação é uma etapa fundamental neste processo, na medida em que prevê a obtenção de informação para conhecer o cliente-sistema e dar seguimento às restantes etapas do planeamento em saúde. A fase da execução só é possível começar após a definição do diagnóstico e a “concordância entre diagnóstico e necessidades determinará a pertinência do plano, programas ou actividades” (Imperatori & Giraldes, 1982, p.13).

Como já foi referido anteriormente, a finalidade deste projeto de intervenção comunitária procura contribuir para a identificação precoce de VIH, em fase aguda da infeção, em HSH. Nesta sequência, e atendendo à evidência disponível, considerou-se pertinente avaliar os conhecimentos deste grupo agregado face ao VIH e, especificamente, quanto à fase aguda de infeção pelo VIH. Assim, definiu-se a seguinte questão orientadora para o diagnóstico de situação: **no âmbito da Saúde Comunitária, quais os conhecimentos dos homens que têm sexo com homens face à infeção aguda pelo VIH?**

Nesta sequência, os objetivos específicos para o desenvolvimento do diagnóstico de situação deste projeto são:

- Avaliar os conhecimentos do cliente-sistema face ao VIH/SIDA;
- Avaliar os conhecimentos do cliente-sistema face à infeção aguda pelo VIH;
- Identificar *stressores* que possam causar instabilidade ao cliente-sistema.

O desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária teve como orientação um cronograma de atividades elaborado mensalmente para o estágio. No entanto, derivado essencialmente ao tempo de espera na obtenção das autorizações para a aplicação dos questionários, bem como à necessidade de se prolongar o tempo para tratamento dos dados, este foi sofrendo alguns reajustes (Apêndice III).

3.1. Contextualização do local de intervenção

Segundo Imperatori & Giraldes (1982), ao elaborar o diagnóstico da situação, este deverá ser iniciado com a definição do sujeito. Assim, o local para o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária foi o CheckpointLX, um centro de base comunitária pertencente ao Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT), situado em Lisboa.

A sua intervenção é dirigida a HSH e pretende contribuir para o aumento da literacia em saúde sexual, aconselhamento sexual, deteção precoce do VIH e outras IST's, através de programas de rastreio anónimo, confidencial e gratuito, realizado por pares e referenciação o mais precoce possível aos cuidados de saúde.

Importa salientar o papel que estas Organizações Não-Governamentais (ONG's) direcionadas para o VIH assumem, no que respeita à prevenção e à disponibilização de cuidados para pessoas que vivem com o VIH, nomeadamente junto de populações com vulnerabilidade acrescida, como o caso dos HSH.

Assim, a sua atuação pode centrar-se aos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária), sendo que a atuação a nível da prevenção primária é dirigida à prevenção do VIH e à promoção de conhecimentos face ao VIH e outras IST's. No âmbito da prevenção secundária, as ações direcionam-se para a identificação precoce da infeção pelo VIH e de outras IST's, enquanto que a referenciação, acesso e adesão ao tratamento são intervenções que se inserem a nível da prevenção terciária (Berenguera et al, 2011).

O CheckpointLX, enquanto centro de rastreio pertencente à ONG GAT assume um papel importante a estes níveis, constituindo-se um local privilegiado para o desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária, cujas boas práticas são reconhecidas por parte da WHO e ECDC. Com base em Neuman & Fawcett (2011), o CheckpointLX pode ser considerado um ambiente criado, cuja intervenção é direcionada para o grupo agregado (HSH), com o objetivo de promover a saúde do cliente.

A equipa do CheckpointLX é composta por técnicos HSH, que promovem o apoio e educação entre pares, como uma das estratégias para atingir maior eficácia e congruência com a realidade. A sua intervenção envolve

a capacitação dos HSH para a prevenção do risco de transmissão do VIH e outras IST's, aumento da literacia no âmbito da saúde sexual, promoção da deteção precoce do VIH e outras IST's e referenciação dos HSH com testes reativos aos cuidados de saúde, com a existência de parcerias com hospitais locais.

Em 2014, no total de 388 HSH os quais foram diagnosticados com VIH a nível nacional, 102 dos novos casos (26,29%), foram identificados no CheckpointLX, 4 deles em fase aguda de infeção pelo VIH, conforme descreve Rocha (2016), verificando-se uma tendência crescente na deteção do número de novos casos de VIH, desde a sua inauguração, em 2011. Como recursos disponíveis até à data relacionados com infeção aguda pelo VIH, existia um folheto informativo no CheckpointLX e, para rastreio do VIH, recorria a testes de 4^a geração.

No sentido de conhecer o grupo agregado deste projeto, importa referir o estudo de Meireles et al (2015), que aborda as características dos HSH que foram acompanhados no CheckpointLX entre abril de 2011 e fevereiro de 2014. No total de 804 HSH, apresentaram como idade média de 30,3 anos; maioritariamente homossexuais (86,1%); com nacionalidade portuguesa (75%); e níveis de escolaridade elevados (superiores a 12 anos de escolaridade), correspondente a 60,1% do total da amostra.

No que respeita ao recurso ao teste de rastreio, verificou-se que 84,1% tinham efetuado testes prévios de rastreio, entre 2011 e 2014. Embora cerca de 77,9% tenham evidenciado que recorreram ao rastreio como forma de conhecer o seu estado de saúde (rotina), destacam-se outras razões, como a perceção do risco de exposição superior a 3 meses (54%) e a perceção do risco nos primeiros 3 meses após a exposição (44,8%).

A destacar ainda alguns comportamentos que podem aumentar o risco de exposição ao VIH, como o número elevado de múltiplos parceiros nos últimos 12 meses (88,7%), a prática de sexo em grupo (28,3%), o trabalho sexual (6,4%) e o uso de drogas injetáveis (0,5%). Os locais mais usados para encontrar parceiros sexuais são a *internet* (73,9%), discotecas/bares gay ou ginásios (57,6%) e saunas gay e quartos escuros (20,9%). No que respeita às práticas sexuais anais sem uso de preservativo, nos últimos 12 meses, estas

são mais frequentes com parceiros estáveis (72,4%) do que com parceiros ocasionais (43,7%).

No que respeita ao conhecimento deste grupo agregado sobre infecção aguda pelo VIH, não havia informação disponível. Assumindo que o conhecimento nesta área pode ser encarado como um *stressor* positivo, que promove a autoavaliação, a necessidade e a importância do rastreio do VIH nesta fase, torna-se importante procurar aprofundar a informação neste âmbito, junto deste grupo agregado. Desta forma, as restantes fases do diagnóstico de situação são direcionadas para o conhecimento dos HSH sobre infecção aguda pelo VIH.

Para o desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária e divulgação do local onde este foi desenvolvido (CheckpointLX), bem como do GAT Portugal, foi solicitada e concedida autorização por parte da Direção do GAT (Anexo II).

3.2. Constituição da amostra

Este projeto é dirigido a HSH, que constituem a mesma população abrangida pelo CheckpointLX. Atendendo aos objetivos do projeto de intervenção comunitária, a população em estudo são os HSH, que estão subscritos na *newsletter* do CheckpointLX, com um total de aproximadamente 1954 subscritores.

O tipo de amostragem utilizada no estudo é do tipo não probabilística por escolha racional, pois procurou-se “constituir uma amostra de indivíduos em função de um traço característico” (Fortin, Côté & Fillion, 2009, p. 322) para que se obtivesse uma boa representatividade do fenómeno em estudo.

Para seleção da amostra foram definidos como critérios de inclusão: ser HSH, com idade igual ou superior a 18 anos, que valide o consentimento informado, livre e esclarecido, para participar neste projeto e seja utilizador do centro CheckpointLX. Como critério de exclusão, foi definido os HSH que vivem com o VIH.

3.3. Definição dos procedimentos de colheita de dados

Para que o diagnóstico da situação corresponda à realidade, é essencial que a descrição da situação seja feita, preferencialmente, numa abordagem quantitativa (Imperatori & Giraldes, 1982). Assim, foram pesquisados instrumentos para colheita de dados, que permitissem uma avaliação neste sentido.

Atendendo à temática geral e aos objetivos definidos para o projeto, que se articulam com a evidência científica, tornou-se pertinente conhecer o que a população em estudo sabe acerca do VIH e, especificamente sobre a infeção pelo VIH em fase aguda. Assim, o questionário elaborado para esta fase do projeto, foi composto por três secções gerais: questionário sociodemográfico, questionário para avaliação dos conhecimentos sobre a infeção pelo VIH e questionário sobre conhecimentos acerca da infeção pelo VIH na fase aguda.

A primeira componente destina-se à colheita de dados sociodemográficos da população e é baseada no questionário aplicado aos clientes que recorrem ao CheckpointLX, associado ao estudo *The Lisbon MSM Cohort* (Meireles et al, 2015).

A segunda parte, constitui a componente da avaliação de conhecimentos face ao VIH do Questionário de Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes Universitários (HBSC/SSREU), pertencente ao estudo realizado por Matos et al, (2012). Optou-se por esta seção do questionário, referente a esta área, por se enquadrar nos critérios, ser o mais atual, mais conciso e apelativo à participação. A autorização para a sua inclusão neste estudo encontra-se em Anexo III.

Relativamente à descrição dos conhecimentos sobre infeção aguda pelo VIH, foi construído um questionário composto por questões abertas, cujas questões foram baseadas nomeadamente nos estudos de Grin et al (2013) e de Siegler et al (2015), ambos dirigidos à avaliação do conhecimento sobre infeção aguda pelo VIH, em HSH. As questões colocadas avaliam os conhecimentos quanto à sintomatologia que poderá estar associada a esta fase da infeção, período da sua ocorrência após a exposição ao vírus e durabilidade dos sinais e sintomas. Optou-se por esta estratégia, uma vez que não estão disponíveis instrumentos validados para Portugal direcionados para esta área

temática. Dado que a elaboração do diagnóstico de situação não tem o único objetivo de produzir investigação científica, mas sim constitui uma avaliação inicial para a prática de enfermagem, optei por desenvolver esta seção do instrumento de colheita de dados, baseando-o na evidência científica disponível.

O instrumento de colheita de dados com todas estas secções, foi desenvolvido de forma a ser aplicado e respondido via *online*, pelos subscritores da *newsletter* do CheckpointLX (Apêndice IV). Para tal, foi desenvolvido um ícone, com uma breve descrição do estudo, para que os participantes pudessem aceder ao questionário *online* (Apêndice V).

O questionário esteve acessível para ser respondido no período compreendido entre 12 a 22 de outubro de 2016. Para que o fator tempo fosse melhor gerido, optou-se por suspender a disponibilidade de preenchimento do questionário após 72h sem obtenção de respostas.

3.3.1. Questões Éticas

O desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária procura respeitar os princípios éticos, os quais são preconizados no Código Deontológico do Enfermeiro (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005). Desta forma, são tidos em consideração os princípios gerais, atendendo ao direito à autodeterminação, à dignidade do ser humano e às “dimensões da individualidade, singularidade, consciência, liberdade e autonomia” (Nunes et al, 2005, p.60).

Desta forma, foi elaborado um documento de consentimento livre e esclarecido, que se encontra anexado ao questionário (Apêndice IV) e que explicita o anonimato dos participantes, confidencialidade dos dados e tratamento dos mesmos para este projeto, bem como o dever de informar. No fim do questionário, é disponibilizado ao participante, informação com as respostas corretas às questões, bem como o acesso ao *site* do CheckpointLX, onde estão disponíveis mais informações no âmbito da infecção aguda pelo VIH (Apêndice VI). O contacto da autora do questionário ficou igualmente disponível para eventuais esclarecimentos. Por outro lado, o questionário foi desenvolvido

de forma a que a autora não tivesse acesso aos contactos privados dos participantes, assegurando o seu anonimato. O acesso aos dados, por sua vez, foi tido apenas pela autora.

O CheckpointLX propôs a inclusão deste projeto, no que respeita à avaliação dos conhecimentos desta população sobre infeção aguda pelo VIH, num estudo que começou a ser desenvolvido neste local, denominado de *Knowledge, Assessment, Confirmation and Referral of Acute Infections – Human Immunodeficiency Virus* (KACRAI-HIV) e que constitui um programa de rastreio de VIH com recurso a teste de rastreio de 4^a geração, seguido de teste confirmatório de pesquisa de RNA viral, comparativamente ao uso isolado do teste de rastreio de 4^a geração, na identificação de novos casos de infeção aguda por VIH (Apêndice VII).

Assim, para dar continuidade ao projeto foi pedido parecer à Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa, em conjunto com o orientador do local de estágio, que é elemento integrante do estudo KACRAI-HIV. A 12 de outubro de 2016 obteve-se o parecer favorável da Comissão de Ética (Anexo IV), procedendo-se à aplicação do questionário. Foi igualmente, pedida autorização para o tratamento de dados à Comissão Nacional de Proteção de Dados (Anexo V).

3.4. Tratamento e análise dos dados

No total de subscritores da *newsletter* do CheckpointLX (n=1954), obteve-se uma amostra de 112 participantes, que obedeceram aos critérios de seleção, num total de 123 participantes que responderam ao questionário.

A nível do tratamento e análise dos dados relativamente às primeiras duas secções do instrumento de colheita de dados (dados sociodemográficos e avaliação dos conhecimentos face ao VIH) e numa segunda etapa também a nível da secção relacionada com os conhecimentos sobre infeção aguda pelo VIH, recorreu-se à estatística descritiva, com recurso ao *software* SPSS® for Windows, versão 22 (Apêndice VIII). Esta análise permitiu a descrição das variáveis ou grupos de sujeitos e “determinar a frequência da ocorrência de um

fenómeno numa dada população ou categorizar a informação” (Fortin et al, 2009, p.35).

Perante a última componente do instrumento de colheita de dados, referente à avaliação dos conhecimentos sobre a fase de infecção aguda pelo VIH, procedeu-se à análise de conteúdo (Apêndice IX), com a descrição e sistematização do conteúdo das mensagens, para obter indicadores “que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção” (Bardin, 2015, p.44) das mesmas. Esta foi desenvolvida de forma a ser também possível descrever e correlacionar as variáveis tratadas do ponto de vista estatístico, em SPSS®.

Da análise de conteúdo, atendendo à área temática relacionada com os conhecimentos sobre infecção aguda pelo VIH, surgiram três categorias resultantes das questões presentes no instrumento de colheita de dados: conhecimentos sobre sinais e sintomas associados à fase aguda da infecção pelo VIH; conhecimentos sobre o início dos sinais e sintomas na fase aguda da infecção pelo VIH; e conhecimentos sobre a duração dos sinais e sintomas de infecção aguda pelo VIH. As unidades significantes foram codificadas por valores numéricos atribuídos a cada participante (por exemplo, E1).

Face à categoria “conhecimentos sobre sinais e sintomas associados à fase aguda da infecção pelo VIH” esta foi organizada em três subcategorias, consoante o conhecimento que cada participante revela: conhecimento correto, incorreto e aparenta falta de conhecimento. Optou-se por considerar como conhecimento correto, as respostas que fazem referência unicamente aos sinais e sintomas que a evidência enumera como os que mais frequentemente caracterizam a infecção aguda pelo VIH: febre; adenopatia; faringite; exantema macular ou papular; mialgias/artralgias; náuseas, vômitos ou diarreia; cefaleias (Saag et al, 2015); lesões orais, genitais ou anais; astenia; perda de peso, perda de apetite; sudorese (Streeck & Altfeld, 2015) ou assintomático, visto que a sintomatologia é experienciada por 50-90% dos indivíduos com infecção pelo VIH (Saag et al, 2015; Siegler et al, 2015) .

A evidência faz referência à semelhança do quadro de infecção aguda pelo VIH com infecções virais, com é o caso do síndrome gripal (Carpenter, 2013; Grin et al, 2013; Stekler, Baldwin, Louella, Katz & Golden, 2013; Streeck & Altfeld, 2015), o que pode dificultar o diagnóstico da infecção pelo VIH. No

entanto, dado a subjetividade dos sinais e sintomas, Stekler et al (2013) referem que despistar o VIH em indivíduos que apresentem sintomas gripais pode ser uma estratégia benéfica para a identificação precoce do VIH. Assim, optou-se por considerar corretas, as respostas que façam referência ao síndrome gripal.

A análise de conteúdo da categoria “conhecimentos sobre o início dos sinais e sintomas de infeção aguda pelo VIH”, baseou-se em autores como Stekler et al (2013), Siegler et al (2015), e Streeck & Altfeld (2015) que afirmam que o início dos sinais e sintomas de infeção aguda pelo VIH surge entre as 2-4 semanas.

Quanto à durabilidade da fase sintomática do VIH, que corresponde à categoria “conhecimentos sobre o tempo de duração dos sinais e sintomas de infeção aguda pelo VIH”, normalmente esta é de 2-4 semanas (Siegler et al, 2015), sendo esta considerada a resposta correta.

Recorreu-se, também, à análise de regressão logística binária (Apêndice X), com ajuste do Odds Ratio (OD), para um intervalo de confiança de 95% (IC 95%). Optou-se por esse método, visto que cada variável dependente é do tipo qualitativa, nominal e dicotómica (Marôco, 2011). Assim, é possível analisar por comparação, a probabilidade que cada categoria de cada variável tem de influenciar o conhecimento face ao VIH no geral, e especificamente, quanto à infeção aguda pelo VIH. Optou-se por recorrer a este método de análise para procurar identificar possíveis relações entre as variáveis e a possível necessidade de direcionar a intervenção para grupos específicos.

3.5. Apresentação e discussão dos dados obtidos

3.5.1. Dados sociodemográficos

Tal como foi referido anteriormente, esta componente do instrumento de colheita de dados, foi baseado no questionário utilizado no estudo *The Lisbon MSM Cohort* (Meireles et al, 2015) do CheckpointLX.

A amostra obtida neste projeto de intervenção comunitária, composta por 112 participantes com média de idade de 34,86 é, na sua totalidade, do

sexo masculino atribuído à nascença. No entanto, 109 (97,32%) define a sua identidade de género como “homem” e 104 (92,86%) afirma ser homossexual. No que respeita ao estatuto serológico, verifica-se que 104 (92,86%) dos participantes tem conhecimento do mesmo, como negativo. Quanto ao país de origem, 102 (91,07%) nasceram em Portugal, 5 (4,46%) em outros países europeus, 3 (2,68%) na América do Sul e 2 (1,79%) nasceram em África.

Na amostra obtida, os participantes têm níveis de escolaridade elevados, em que 88 (78,57%) completaram o Ensino Superior e 23 (20,54%), o Ensino Secundário. Relativamente à situação perante o trabalho, 91 (81,25%) encontra-se empregado.

Os resultados obtidos vão ao encontro dos dados presentes no estudo de Meireles et al (2015), relativamente à caracterização da população que recorre aos serviços do CheckpointLX para rastreio do VIH. Com base neste estudo (2015), verifica-se que, no total de 804 HSH, acompanhados no CheckpointLX entre abril de 2011 e fevereiro de 2014, apresentam idade média de 30,3 anos; maioritariamente homossexuais 692 (86,1%); com nacionalidade portuguesa 575 (75%); e níveis de escolaridade elevados (superiores a 12 anos de escolaridade), correspondente a 483 (60,1%) participantes.

3.5.2. Conhecimentos face ao VIH

No que respeita à avaliação dos conhecimentos sobre o VIH, com a aplicação do Questionário de Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes Universitários (HBSC/SSREU) de Matos et al (2012), constata-se que os participantes apresentam, no geral, um conhecimento elevado face ao VIH. Nesta sequência, no total de questões que compõem o questionário, 33 (29,46%) responderam corretamente às 20 questões. Individualmente, 17 questões tiveram uma percentagem total de respostas corretas superior a 90%. Das restantes 3 questões, constata-se que: 49 (43,75%) dos participantes afirmam não existir risco de transmissão do VIH por transfusão de sangue, em Portugal; 91 (81,25%) e 81 (72,32%) defendem que a urina e a picada de mosquito, respetivamente, não são vias de transmissão do VIH.

Desta forma, optou-se por recorrer ao método de regressão logística binária para estas três questões, na perspetiva de procurar compreender se existe alguma relação entre as variáveis (Apêndice XI). Embora também não tenha sido verificada significância estatística nos resultados obtidos, parece que os participantes com ensino superior têm mais probabilidade de terem conhecimentos corretos face ao risco de transmissão do VIH, por transfusão, em Portugal, comparativamente aos participantes com o ensino secundário (OR=3,44; IC 95%: 1,17-10,08). Relativamente à picada de mosquito, parece que os participantes com idade superior ou igual a 36 anos têm mais probabilidade de responderem corretamente, em relação aos participantes com idade inferior (OR=2,63; IC 95%: 1,1-6,27).

De entre as três possíveis vias de transmissão do VIH (seringas, sangue e esperma), obtiveram-se 100% de respostas corretas, com exceção da via de transmissão “esperma”, que apresenta uma percentagem cumulativa de 3 (2,68%), correspondentes às respostas “não” e “não sei”.

Segundo os resultados obtidos no estudo de Grin et al (2013), os conhecimentos gerais direcionados ao VIH foram igualmente elevados, com percentagem de respostas corretas, superior a 70%, face a cada questão individualmente.

3.5.3. Conhecimentos face à infeção aguda pelo VIH

Para esta componente do instrumento de colheita de dados, composta por 3 questões, considerou-se que 27 (24,11%) participantes, responderam corretamente à totalidade das mesmas.

Quanto ao conhecimento sobre infeção aguda pelo VIH, decorrente da análise de conteúdo, considerou-se que 83 (74,11%) participantes, responderam corretamente à questão, referindo no geral, um ou mais sinais e sintomas associados à infeção aguda pelo VIH, como por exemplo “cansaço” (E93) e “febre, dores musculares, gânglios inchados” (E3). Por outro lado, os sintomas associados à infeção aguda pelo VIH, foram também associados por vários participantes a um síndrome gripal ao referir “sintomas de um estado gripal, febre, inflamação dos gânglios” (E35).

Do total das 16 respostas consideradas incorretas (14,29%), resultaram de afirmações que sugerem ser direcionadas para a fase de SIDA, ao afirmar “sistema imunológico deprimido. Risco de contrair infeções oportunistas” (E29), ou que fazem referência a sintomas do foro respiratório “Tosse, expetoração...” (E51). De realçar, ainda, que 13 participantes (11,61%) aparentam falta de conhecimento neste âmbito.

Quanto ao período de tempo de aparecimento da sintomatologia, 60 (53,57%) participantes, inserem-se na subcategoria “2-4 semanas”. Com a análise da informação obtida, para além dos 14 participantes (12,5%) que aparentam falta de conhecimento quanto a esta questão, destacam-se 3 participantes que, embora aparentem algum conhecimento, não estão seguros do mesmo, quando referem “se não me engano” (E91), “ (?)” (E108) e “ (sem certeza)” (E53).

Na categoria relacionada com o tempo de duração da sintomatologia de infeção aguda, verifica-se que 38 (33,93%) responderam “2-4 semanas” e 32 (28,57%) participantes aparentam falta de conhecimento face a esta questão.

Face aos dados obtidos com a análise de regressão logística binária, verifica-se que a sua grande maioria não tem significância estatística, assim como alguns dados não são possíveis tratar, pelo número insuficiente de participantes nalgumas classes. No entanto, verifica-se que os participantes que nasceram noutro país europeu que não Portugal, parecem ter mais probabilidade de terem conhecimentos sobre infeção aguda pelo VIH, em relação a Portugal (OR=14,55; IC 95%: 1,55-136,84).

3.6. Definição de problemas

Após a apresentação dos resultados obtidos e tendo como referência as variáveis do grupo agregado do Modelo de Sistemas de Neuman, verifica-se que os problemas identificados (Tabela 1) prendem-se com questões relacionadas com os conhecimentos e, por isso, revelam que a variável psicológica do grupo agregado está alterada (Neuman & Fawcett, 2011). Ao identificar os problemas, foram definidos diagnósticos de enfermagem,

segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® versão 2 (ICN, 2011).

Para a definição dos problemas, considerou-se o foco “conhecimento sobre a saúde”, descrito como “Status de Conhecimento: estar ciente dos problemas de saúde comuns, práticas saudáveis e serviços de saúde disponíveis, capacidade de reconhecer sinais e sintomas de doença e de partilhar a informação com pessoas que são importantes para o cliente” (ICN, 2011, p.45). Por sua vez, considerou-se o juízo “diminuído” definido como “Nível absoluto: falta; défice; abaixo da média ou abaixo da quantidade, intenção ou intensidade normais” (ICN, 2011, p.83).

Desta forma, foram identificados dois *stressores* que se prendem com o conhecimento sobre a saúde diminuído, relacionado com as vias de não transmissão do VIH e relacionado com a infecção aguda pelo VIH.

A definição dos problemas de saúde marca o fim da etapa do diagnóstico da situação (Imperator & Giraldes, 1982).

Tabela 1. Definição dos problemas, resultantes do diagnóstico da situação

Área Geral	Dados	Stressor
Conhecimentos gerais sobre VIH	<p>90% de respostas corretas em 17 questões exceto para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - transfusão de sangue, em Portugal: 53 (47,3%) respondeu “Sim” e 10 (8.9%), “Não sei” - urina: 7 (6,3%) respondeu “Sim” e 14 (12,5%), “Não sei” - picada de mosquito: 17 (15,2%) respondeu “Sim” e 14 (12,5%), “Não sei” 	<p>Stressor A –</p> <p>Conhecimento sobre a saúde diminuído, relacionado com as vias de não transmissão da infecção por VIH</p>

<p>Conhecimentos sobre infecção aguda pelo VIH</p>	<p>Todas as questões com % de respostas corretas inferiores a 90%:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sinais e sintomas: 83 (74,1%) respondeu corretamente - início dos sinais e sintomas: 60 (53,6%) respondeu corretamente - duração dos sinais e sintomas: 38 (33,9%) respondeu corretamente 	<p>Stressor B – Conhecimento sobre a saúde diminuído, relacionado com a infecção aguda pelo VIH</p>
---	--	--

4. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Com base em Imperatori & Giraldes (1982), no planeamento em saúde, a hierarquização de prioridades constitui a etapa seguinte ao diagnóstico de situação. Perante este processo de tomada de decisão, e atendendo ao facto de que a equipa do CheckpointLX já conhecia e tinha utilizado este instrumento noutras circunstâncias, optou-se pela grelha de análise (Anexo VI) que se baseia nos seguintes critérios: importância do problema; relação problema/fatores de risco; capacidade técnica para resolução do problema; e exequibilidade do projeto (Tavares, 1990). A cada um destes critérios é atribuída uma classificação de (+) ou (-) que conduz a um valor final na grelha, entre 1 e 16, sendo que, quanto menor o número atribuído, maior é a prioridade do problema identificado.

O preenchimento da grelha de análise foi efetuado em conjunto com a equipa do CheckpointLX, após ter sido apresentado o projeto de intervenção comunitária, com os resultados do diagnóstico de situação. Assim, resultando de um consenso da equipa multidisciplinar, torna esta etapa do processo do planeamento em saúde, o mais objetiva o quanto possível (Tavares, 1990). A priorização dos *stressores* está explícita na Tabela 2.

Tabela 2. Priorização dos *stressores*, com base na grelha de análise

Problemas	Importância do problema	Relação problema/fatores de risco	Capacidade técnica para resolução do problema	Exequibilidade do projeto	Prioridades
<i>Stressor A</i>	-	-	+	+	13
<i>Stressor B</i>	+	+	-	-	4

Posto isto, o problema que se considerou prioritário, de acordo com os critérios da grelha de análise, foi o *stressor B*, que se traduz no diagnóstico de enfermagem “Conhecimento sobre a saúde diminuído, relacionado com a infecção aguda pelo VIH”, segundo a taxonomia CIPE® versão 2 (ICN, 2011).

5. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

De acordo com o Modelo de Sistemas de Neuman (2011), o enfermeiro desempenha um papel importante no âmbito da prevenção dos possíveis *stressores* que o ambiente exerce no grupo agregado e na procura em atingir a estabilidade e estado de saúde do mesmo. O aumento de conhecimento dos HSH relativamente à infeção aguda pelo VIH, constitui um *stressor* com energia positiva para reconstituir o sistema e permitir ao indivíduo auto avaliar-se para a importância e necessidade de recorrer ao teste de rastreio. A metodologia do planeamento em saúde, preconiza a fixação de objetivos, que permitem conduzir a um “resultado desejável e tecnicamente exequível das actividades dos serviços de saúde” (Imperatori & Giraldes, 1982, p.48) e que sejam mensuráveis através de indicadores (Tavares, 1990).

Atendendo à finalidade que motivou a realização deste projeto, ao pretender **contribuir para a identificação precoce de VIH, em fase aguda da infeção, em HSH** e face aos problemas identificados a nível da variável psicológica do grupo agregado, foram definidos objetivos operacionais para a seleção e execução das estratégias de intervenção.

Objetivo geral: Contribuir para o aumento do conhecimento dos HSH sobre a fase aguda da infeção pelo VIH

Objetivos operacionais, a atingir até ao fim do estágio, previsto para fevereiro de 2017:

- ➔ Que 100% da equipa do CheckpointLX tenha conhecimento do projeto de intervenção comunitária
- ➔ Que 60%, das estratégias de intervenção definidas em equipa para o desenvolvimento do conhecimento dos HSH sobre infeção aguda pelo VIH sejam desenvolvidas

6. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO E PREPARAÇÃO OPERACIONAL

Para cada objetivo operacional definido, foram estabelecidas estratégias de intervenção e respetivas atividades, no sentido de procurar atingir as metas definidas (Tabelas 3 e 4). Segundo o Modelo de Sistemas de Neuman, para que se fortaleçam as linhas de defesa e, conseqüentemente seja possível reduzir o impacto dos *stressores*, deve ser considerado o nível de prevenção primária em simultâneo com o nível de prevenção secundária (Neuman & Fawcett, 2011). Intervir na variável psicológica do grupo agregado, mais precisamente direcionado para o aumento do conhecimento, proporciona a exposição a um *stressor* com impacto positivo, para que o individuo seja capaz de se auto avaliar para a importância do rastreio precoce do VIH.

Tabela 3. Estratégias de intervenção para o objetivo operacional A

Objetivo operacional A: Que 100% da equipa do CheckpointLX tenha conhecimento do projeto de intervenção comunitária	
Estratégia de intervenção: Apresentar o projeto de intervenção comunitária à equipa do CheckpointLX	
Atividades	Descrição
1- Realização de sessão para apresentação do projeto, à equipa do CheckpointLX	Apresentação do diagnóstico de situação, em formato de <i>PowerPoint</i> , com a promoção de partilha de ideias, definição de problemas prioritários e de estratégias, com a equipa do CheckpointLX (Apêndice XII).
2- Realização do resumo da apresentação do projeto, com respetivas atualizações decorrentes da apresentação do mesmo	Encaminhamento, via correio eletrónico, de um documento com o resumo do projeto atualizado, adaptado a todos os elementos da equipa do CheckpointLX (Apêndice XIII).

Face a esta estratégia de intervenção, optou-se pela realização de duas atividades, que permitissem atingir a meta definida no objetivo operacional A. A opção pela atividade 2, foi construída a partir de conversas informais com alguns profissionais da equipa do CheckpointLX que não puderam estar presentes na atividade 1, relativamente ao método preferível para que a informação chegasse junto dos mesmos, os quais optaram pelo correio eletrónico. Na atividade 1, estiveram presentes os profissionais constituintes da direção do centro, bem como o enfermeiro orientador do local de estágio.

Tabela 4. Estratégias de intervenção para o objetivo operacional B

<p>Objetivo operacional B:</p> <p>Que 60%, das estratégias de intervenção definidas em equipa para o desenvolvimento do conhecimento dos HSH sobre infeção aguda pelo VIH sejam desenvolvidas</p>	
<p>Estratégia de intervenção:</p> <p>Realização de campanha de sensibilização dos HSH para a infeção aguda pelo VIH</p>	
Atividades	Descrição
1- Afixação de <i>poster</i> na sala de espera do CheckpointLX direcionado para a temática, utilizado como recurso no projeto <i>Fast-Track Cities</i>	Assumindo as boas práticas do projeto <i>Fast-Track Cities</i> optou-se por contactar, via correio electrónico, os elementos da cidade de Amesterdão, que desenvolveram um <i>poster</i> direcionado para os HSH e para a infeção aguda pelo VIH.
2- Colaboração na elaboração de <i>quizz</i> sobre infeção aguda pelo VIH, a ser aplicado na <i>app</i> -móvel do <i>SmartSex</i>	O CheckpointLX encontra-se a desenvolver uma aplicação (<i>app</i> -móvel) direcionada para os HSH, onde se prevê, entre outras componentes, uma vertente informativa e interativa para diferentes temáticas relacionadas com o VIH, entre elas a fase de infeção aguda. Nesta secção, definiu-

	se que o utilizador pudesse ter acesso ao folheto informativo disponível no CheckpointLX direcionado para esta temática, bem como a participação num jogo/questionário interativo (<i>quizz</i>), com questões direcionadas para a infeção aguda pelo VIH e acesso a uma breve informação sobre a temática (Apêndice XIV).
3- Elaboração de dois vídeos sobre infeção aguda pelo VIH (versão portuguesa e inglesa)	Partilha de vídeo com informação sobre a infeção aguda pelo VIH, a ser partilhado no <i>facebook</i> do CheckpointLX, identificando na partilha do vídeo tanto o <i>facebook</i> da ESEL como do GAT, para que possam ter acesso imediato ao mesmo (Apêndice XV). Para a elaboração dos vídeos, recorreu-se a uma <i>app</i> gratuita para este fim, a <i>Spark Video</i> , da Adobe.
4- Entrega do folheto informativo sobre infeção aguda pelo VIH	Introdução do folheto sobre infeção aguda pelo VIH disponível no CheckpointLX, nos <i>kits</i> disponíveis para distribuição, que até ao momento apenas continham preservativos e lubrificantes (Apêndice XVI).
5- Colaboração na atualização da mensagem do CheckOUT, dos HSH encaminhados para a consulta de confirmação de infeção aguda pelo VIH	O CheckOUT é um serviço anónimo, confidencial e gratuito, para a notificação anónima de parceiros sexuais. Este pode ser utilizado pelos HSH que recorrem ao CheckpointLX, onde disponibilizam uma senha de acesso ao site do centro, para que no

	<p>prazo de 30 dias, caso queiram, possam alertar os parceiros sexuais com uma mensagem pré-definida para o efeito. É de utilização única e, se não utilizado, ao fim desse tempo, perde o efeito. Os utilizadores são informados de todo o procedimento, inclusive, a mensagem a transmitir, tendo que validar cada passo. Pode ser preenchido no local onde o utente assim o entender e, uma vez utilizado, não é possível aceder a nenhum dado.</p> <p>Pretende-se com esta intervenção, procurar direccionar e alertar para uma possível infeção recente e com isso, um recurso aos cuidados de saúde o mais precoce possível.</p>
--	--

7. AVALIAÇÃO

O processo de avaliação deve acompanhar todas as etapas do processo de planeamento, desde a primeira etapa da metodologia (Tavares, 1990). A avaliação é uma forma “sistemática de utilizar a experiência para melhorar a atividade em curso e planificar mais eficazmente” (Tavares, 1990, p.205).

Tal como já foi referido anteriormente, para o objetivo operacional A “Que 100% da equipa do CheckpointLX tenha conhecimento do projeto de intervenção comunitária”, foram desenvolvidas duas atividades e avaliados os indicadores de estrutura. Os indicadores de estrutura referem-se aos atributos do local onde se prestam os cuidados de saúde, englobando os recursos materiais, humanos e estrutura organizacional (Donabedian, 2003).

Assim, os indicadores de estrutura para este objetivo foram avaliados da seguinte forma:

- **Atividade 1:** Realização de sessão para apresentação do projeto, à equipa do CheckpointLX

% de profissionais presentes na sessão

$$\frac{\text{Nº de profissionais presentes na sessão (4)}}{\text{Nº de profissionais convidados (9)}} \times 100 = 44\%$$

- **Atividade 2:** Realização do resumo da apresentação do projeto, com respetivas atualizações decorrentes da apresentação do mesmo

% de documentos enviados via correio eletrónico

$$\frac{\text{Nº de documentos enviados via e-mail (9)}}{\text{Nº de profissionais do CheckpointLX (9)}} \times 100 = 100\%$$

Embora com a primeira atividade não se tenha atingido o objetivo proposto, com a atividade 2 foi atingida a meta pretendida. Com esta última atividade, obtive *feedback* da receção do documento através de respostas via correio eletrónico e/ou sugestões/comentários informais acerca do mesmo, revelando o envolvimento e interesse da equipa neste projeto.

Para o objetivo operacional B “Que 60%, das estratégias de intervenção definidas em equipa para o desenvolvimento do conhecimento dos HSH sobre

infecção aguda pelo VIH sejam desenvolvidas”, foi avaliado com base no seguinte indicador de processo:

% de atividades propostas desenvolvidas

$$\frac{\text{Nº de atividades desenvolvidas (3)}}{\text{Nº de atividades previstas (5)}} \times 100 = 60\%$$

O indicador de processo permite avaliar as atividades realizadas para atingir as metas previstas (Imperator & Giraldes, 1982).

Relativamente às atividades previstas para este objetivo, as atividades 2, 3 e 4 foram desenvolvidas. Foi não só possível participar ativamente num projeto que está a ser construído e, por isso, o que foi desenvolvimento com a atividade 2 terá continuidade e utilidade, como também mobilizou-se os recursos já existentes no CheckpointLX (folheto informativo).

No que respeita à atividade 3, referente aos vídeos elaborados, é possível descrever alguns dados que possam indicar a adesão à sua visualização (Anexo VII). Assim, para o vídeo elaborado em português, colocado na página do *facebook* do CheckpointLX a 31/1/2017, às 17h31, constatou-se que o público-alvo foram homens com idades compreendidas entre os 25 e 34 anos, e teve 137 reações, abrangendo um total de 4046 indivíduos e 1056 visualizações individuais. Para o vídeo elaborado em inglês, publicado a 7/2/2017, às 17h47, abrangeu um total de 1141 indivíduos, cujo principal público foram homens com 25-34 anos. Teve 209 visualizações individuais e 31 reações.

Optou-se pela publicação do vídeo em inglês, alguns dias após a partilha do vídeo em português, para que se proporcionassem dois momentos de sensibilização para a temática da infecção aguda pelo VIH, englobando os indivíduos que não dominassem a língua portuguesa.

No que respeita às duas atividades que não foram concretizadas neste espaço de tempo, é importante referir que a atividade 1, relativamente à afixação do *poster* desenvolvido para o projeto *Fast-Track Cities* de Amesterdão, embora tenha sido solicitado apoio a um profissional integrante neste projeto, com o intuito de procurar uma resposta atempada e eficaz, não se obteve parecer positivo até ao final do período de estágio. Assim, e apesar de se ter obtido resposta, ficou a aguardar-se partilha do editável do *poster*

para posterior adaptação, e por isso será um processo ainda a dar continuidade.

Para a atividade 5, relacionada com a adaptação da mensagem para a notificação anónima de parceiros sexuais, dos HSH que são encaminhados para a consulta de confirmação da infecção aguda pelo VIH, foi concordante com o enfermeiro orientador do local de estágio, para que ficasse para já pendente. Isto porque tornou-se evidente que o processo de atualização e adaptação da mensagem necessitava de um processo refletivo do ponto de vista ético. Por outro lado, é um processo que necessita de recursos financeiros e de pedidos de orçamento, pelo que esta atividade será repensada e trabalhada num espaço de tempo maior que o disponível para este estágio.

8. CONCLUSÃO

8.1. Limitações e recomendações do projeto de intervenção comunitária

No percurso efetuado, fui deparando com diversas limitações, as quais influenciaram a elaboração e desenvolvimento deste projeto, como também algumas delas foram contribuindo para momentos de reflexão e motivação para possível elaboração de trabalhos futuros.

Numa fase inicial de elaboração do projeto, deparei-me com algumas dificuldades, nomeadamente a escassa informação relativa à área dos conhecimentos sobre infeção aguda pelo VIH na população-alvo dos HSH no geral e, especificamente em Portugal. Tal condicionou a elaboração do instrumento de colheita de dados, que se optou por basear na evidência disponível. Por outro lado, relativamente aos conhecimentos gerais sobre VIH, não se identificaram instrumentos direcionados para os HSH. Investir na vertente dos conhecimentos sobre VIH, e em particular sobre a fase aguda da infeção pelo VIH em Portugal, com possível construção e validação de instrumentos adequados a esta população são algumas sugestões para investimento futuro.

A demora na obtenção das autorizações, particularmente as autorizações para utilização dos instrumentos na colheita de dados e a autorização por parte da Comissão de Ética, influenciaram significativamente o cronograma construído para a elaboração do projeto. Desta forma, o espaço de tempo dedicado ao desenvolvimento de estratégias, execução e avaliação das atividades ficou bastante condicionado.

Ainda relacionado com o instrumento de colheita de dados, saliento como uma outra limitação a ter em consideração em projetos futuros, que se prende com a restrição linguística, visto estar escrito apenas em português. Atendendo à população-alvo do CheckpointLX, com 190 (24,7%) indivíduos que nasceram noutro país que não Portugal (Meireles et al, 2015), torna-se importante adequar os instrumentos para outras línguas.

Concluiu-se que a melhor estratégia para a aplicação do instrumento de colheita de dados seria a partilha na *newsletter* do CheckpointLX, como

estratégia mais precisa para direcionar à população-alvo. No entanto, essa mesma estratégia poderá tornar-se condicionante dos resultados obtidos, pelo que sugiro em trabalhos futuros, estudar as populações utilizadoras de outros meios informáticos, como por exemplo, o *facebook* do CheckpointLX, como estratégia complementar para abranger a população-alvo dos cuidados. Importa igualmente ter em consideração a população info-excluída, que não foi englobada neste projeto.

Nesta sequência, e relacionado com o tratamento dos dados, os resultados obtidos com a análise de regressão logística binária na sua generalidade não têm significância estatística e os resultados não são generalizáveis. Procurar aprofundar conhecimentos nesta população, com uma amostra significativa da população, poderá contribuir para o desenvolvimento de cuidados de saúde, com estratégias de intervenção mais direcionadas a este grupo populacional e a áreas mais específicas.

Atendendo aos obstáculos que foram surgindo ao longo de todo este percurso, o fator tempo e os recursos disponíveis, nomeadamente financeiros e técnicos, influenciaram bastante algumas tomadas de decisão no que respeita ao desenvolvimento das estratégias e atividades.

Desta forma, na minha opinião, ao refletir acerca de todas estas condicionantes, posso concluir que contribuíram de forma positiva e motivadora não só, para o desenvolvimento de futuros projetos, uma vez que esta é uma área que ainda não está muito explorada, como também promoveram a reflexão acerca das estratégias utilizadas na prática de cuidados, com recurso e integração das novas tecnologias que a atualidade nos disponibiliza.

8.2. Reflexão sobre as competências desenvolvidas na área de especialização de enfermagem comunitária

O percurso académico que tive oportunidade de vivenciar foi rico em experiências, aquisição e desenvolvimento de conhecimentos no âmbito da teoria, investigação e prática de cuidados, como também incentivou à reflexão crítica. O recurso a meios eletrónicos (por exemplo, *app*-móveis, redes sociais e correio eletrónico), como estratégia a ser incluída no âmbito dos cuidados de

saúde, como forma de aceder à comunidade dos HSH, surgiu tanto como um desafio, como também uma fonte rica em experiência e reflexão acerca de possíveis estratégias/adaptações para a prática de cuidados. Por estas razões, a elaboração deste projeto contribuiu não só para o desenvolvimento do ponto de vista profissional, como também para o meu desenvolvimento pessoal.

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (OE, 2010) especifica que o enfermeiro desta área de especialização deverá reunir um conjunto de competências que permitem avaliar e atuar em comunidades compostas por indivíduos/famílias/grupos, com necessidades de saúde específicas, com vista à sua capacitação e *empowerment*, obtendo ganhos em saúde.

Desta forma, este trabalho, composto com uma vertente prática, contribuiu para o desenvolvimento das competências preconizadas, ou seja permitiu a aprendizagem da aplicação das etapas que compõem a metodologia do planeamento em saúde para a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, neste caso, relacionado com a vertente dos conhecimentos dos HSH sobre a infecção aguda pelo VIH. Integrou-se, assim, este projeto no âmbito de um Programa de Saúde considerado prioritário a nível nacional, numa área de intervenção que assume dimensões mais abrangentes, ou seja, a nível mundial, conforme está descrito na evidência. Projeto este, que visa a capacitação desta comunidade para que saibam avaliar a necessidade e importância do rastreio precoce do VIH.

De referir igualmente as competências preconizadas nos Descritores de Dublin para o 2º ciclo, com o desenvolvimento do conhecimento e capacidade de compreensão, com a integração e consciencialização da importância da evidência científica para a prática de cuidados, bem como o desenvolvimento de conhecimentos e competências nesta área, com a elaboração deste projeto, que pressupõe uma vertente investigativa. Nesta sequência, a análise, reflexão crítica e inclusão da informação baseada na evidência disponível e nos conhecimentos e resultados adquiridos na área da investigação, com o diagnóstico de situação de saúde elaborado, permitiu aplicar esses mesmos conhecimentos, no contexto deste projeto de investigação comunitária.

A aplicação da metodologia do Planeamento em Saúde, possibilitou o desenvolvimento de conhecimentos e competências previstas para o 2º ciclo, passando não só pelas fases referidas no parágrafo anterior, como também pela capacidade de reflexão crítica e tomada de decisão inerente a todas as etapas desse projeto, bem como na área da comunicação e capacidade de autoaprendizagem.

Apesar das limitações, este projeto tornou-se, por isso, desafiante na medida em que contribuiu não só para o desenvolvimento de conhecimentos e competências nesta área de especialização em enfermagem, como também procurou trazer benefícios para a instituição onde foi desenvolvido, facto que permitiu a sua continuidade, bem como contribuiu para saúde da comunidade dos HSH.

Penso que uma grande parte das competências preconizadas na área de enfermagem comunitária estão a ser desenvolvidas. Com base no Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus, adotado por Benner (2005) e comparando o mesmo com o domínio de competências para o nível de especialista, considero que me encontro na fase de iniciada. No futuro, atendendo à experiência prática iniciada em contexto académico, espero enquadrar-me no estado 2 segundo o Modelo, enquanto enfermeira iniciada avançada, uma vez que é necessário experiências anteriores para que saiba como agir (comportamento considerado aceitável) noutras situações reais (Benner, 2005). Há ainda um longo caminho a percorrer e é essencial a continuidade do desenvolvimento destas competências, com vista em atingir o nível de perita, segundo esta autora (2005).

Assim, é com especial interesse e motivação que espero dar continuidade a este projeto e/ou integrar projetos futuro, visando não só o desenvolvimento de conhecimentos e competências na área, como também de modo a contribuir para a obtenção de ganhos em saúde.

8.3. Considerações finais

O défice de conhecimentos sobre infecção aguda pelo VIH pode ser um fator com influência para o rastreio precoce desta infeção, na população dos

HSH. Este projeto de intervenção comunitária contribuiu para a reflexão de que esta é uma área no âmbito da saúde que carece de intervenção e que, por isso ainda há um longo caminho a percorrer.

O desenvolvimento de evidência nesta área, poderá contribuir para a adequação de estratégias de intervenção neste âmbito, junto desta população. Desta forma, posso considerar que a elaboração deste projeto trouxe benefícios, ao colaborar nos cuidados prestados no CheckpointLX a nível da prevenção da doença e promoção do diagnóstico precoce de VIH, como também contribuiu para o desenvolvimento enquanto pessoa e profissional de saúde e para o incentivo à reflexão crítica nesta área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baral, S. D., Wirtz, A., Sifakis, F., Johns, B., Walker, D. & Beyrer, C. (2012). The Highest Attainable Standard of Evidence (HASTE) for HIV/AIDS Interventions: Toward a Public Health Approach to Defining Evidence. *Public Health Reports*, 127 (6): 572-584. Acedido a 29/5/2016. MEDLINE With Full Text. Disponível em:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&sid=71a447c5-03a3-48d8-ba8b-22310bb14bae%40sessionmgr107&hid=105>

Baral, S., Scheibe, A., Sullivan, P., Trapance, G., Lambert, A., Bekker, L. ... Beyer, C. (2013). Assessing Priorities for Combination HIV Prevention Research for Men Who have Sex with Men (MSM) in Africa. *AIDS And Behavior*, 17: 60-69. Acedido a 29/5/2016. MEDLINE With Full Text. DOI: 10.1007/s10461-012-0202-5.

Bardin, L. (2015). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.

Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

Berenguera, A., Pujol-Ribera, E., Violan, C., Romaguera, A., Mansilla, R. Giménez, A. ... Almeda, J. (2011). Core indicators evaluation of effectiveness of HIV-AIDS preventive-control programmes carried out by nongovernmental organizations. A mixed method study. *BMC Health Services Research*, 11:176. Acedido a 20/3/2016. MEDLINE With Full Text. DOI: 10.1186/1472-6963-11-176.

Bodach, S., Braunstein, S., Bernard, M. A., Sabharwai, C. J., Tsega, A., Shepard, C. (2012). Integrating acute HIV infection within routine public health surveillance practices in New York City. *Public Health Reports*, 127(4), 451-459. Acedido a 11/4/2016. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3366383/>

Carpenter, R. J. (2013). Early Symptomatic HIV Infection. *Medscape*.
Acedido a: 5/4/2016.

Disponível em: <http://reference.medscape.com/article/211873-overview>

Chan, P. A., Towey, C., Poceta, J., Rose, J. Bertrand, T., Kantor, R. ... Nunn, A. (2016). Online Hookup Sites for Meeting Sexual Partners Among Men Who Have Sex with Men in Rhode Island, 2013: A Call for Public Health Action. *Public Health Reports*, 131 (2): 264-271. Acedido a 29/5/2016. CINAHL Plus With Full Text. Disponível em:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=71a447c5-03a3-48d8-ba8b-22310bb14bae%40sessionmgr107&hid=105>

Cohen, M.S., Gay, C.L., Busch, M.P. & Hecht, F.M. (2010). The Detection of Acute HIV Infection. *JID*, 270-277. DOI: 10.1086/655651.

Colombrini, M. R. C., Marchiori, A. G. M. & Figueiredo, R. M. (2009). *Enfermagem em Infectologia: Cuidados com o Paciente Internado*. 2ª Ed. São Paulo: Atheneu.

Descritores de Dublin para o 2º e 3º ciclo (2003). Acedido a 25/2/2017. Disponível em: <http://www.museologia-portugal.net/apresentacao/descriptores-dublin-2o-3o-ciclo>

Direção-Geral de Saúde (2015). *Infeção por VIH, SIDA e Tuberculose em números-2015*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral de Saúde (2012). *Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA 2012-2016*. Lisboa: DGS.

Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality assurance in Health Care*. New York: Ed. by Bashshur, R., Oxford University Press.

European AIDS Clinical Society (2016). Guidelines – Version 8.1. Acedido a 15/12/2016. Disponível em: http://www.eacsociety.org/files/guidelines_8.1-english.pdf

ECDC (2015). *HIV and STI prevention among men who have sex with men*. Estocolmo: ECDC.

ECDC & WHO Regional Office for Europe (2015). *HIV/AIDS surveillance in Europe – 2014*. Estocolmo: ECDC.

Fortin, M.; Côté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.

Grin, B., Chan, P. A. & Operario, D. (2013). Major Article Knowledge of Acute HIV Infection Among Gay and Bisexual Male College Students. *J Am Coll Health*, 61 (4): 232-241. DOI: 10.1080/07448481.2013.781027.

Grossman, C., Forsyth, A., Purcell, D. W., Allison, S., Toledo, C. & Gordon, C.M. (2011). Advancing Novel HIV Prevention Intervention Research with MSM - Meeting Report. *Public Health Reports*, 26 (4): 472-479. Acedido a 29/5/2016. CINAHL Plus With Full Text. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=71a447c5-03a3-48d8-ba8b-22310bb14bae%40sessionmgr107&vid=8&hid=105>

Hale, P. J. (1999). VIH, Hepatite e Doenças Sexualmente Transmissíveis. In Stanhope, M. & Lancaster, J. *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. (pp. 853-878) 4ª Ed. Loures: Lusodidacta.

Hoenigl, M., Green, N., Camacho, M., Gianella, S., Mehta, S. R., Smith, D. M. ... Little, S.J. (2016). Signs or Symptoms of Acute HIV Infection in a Cohort Undergoing Community-Based Screening. *Emerging Infectious Diseases*, 22 (3): 532-534. Acedido a 16/11/2016. Disponível em: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/22/3/15-1607_article

Horvath, K. J., Ecklund, A. M., Hunt, S. L., Nelson, T. F. & Tomey, T. L. (2015). Developing Internet-based health interventions: a guide for public health researchers and practitioners. *Journal of Medical Internet Research*, 17 (1). MEDLINE With Full Text. Acedido a 29/5/2016. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=15&sid=71a447c5-03a3-48d8-ba8b-22310bb14bae%40sessionmgr107&hid=105&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=25650702&db=mnh>

Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1982). *Metodologia do Planeamento em Saúde*. Lisboa: Obras Avulsas.

International Council of Nursing (ICN). (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS – UNAIDS (2014). *90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic*. Genebra: UNAIDS. Acedido a 25/4/2016. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf

Matos, G. M., Reis, M., Ramiro, L. & Equipa Aventura Social (2012). *A Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes Universitários – Dados Nacionais 2010*. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais & FMH.

Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (5ª ed.) ReportNumber.

Martins, A. F., Fuertes, R., Lucas, R., Carvalho, A. C., Meireles, P., Campos, M. J. ... Barros, H. (2010) *Homens que têm sexo com Homens: Resultados do European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey (EMIS)* Acedido a 23/4/2016. Disponível em: http://www.emis-project.eu/sites/default/files/public/publications/emis_nationalreport_portugal.pdf

Meireles, P., Lucas, R., Carvalho, C., Fuertes, R., Brito, J., Campos, M. J. ... Barros, H. (2015). Incident risk factors as predictors of HIV seroconversion in the Lisbon cohort of men who have sex with men: first results, 2011–2014. *Euro Surveill.* Acedido a 19/5/2016. Disponível em:
<http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V20N14/art21091.pdf>

Menacho, L.A., Galea, J. T. & Young, S. D. (2015). Feasibility of Recruiting Peer Educators to Promote HIV Testing Using Facebook Among Men Who have Sex with Men in Peru. *AIDS And Behavior*, 19 (2):123-129. Acedido a 25-11-2016. MEDLINE With Full Text. DOI 10.1007/s10461-014-0987-5.

Mirandola, M., Gios, L., Sherriff, N., Toskin, I., Ulrich, M., Schink, S. ... Rosińska, M. (2016). *The Sialon II Project. Report on a Bio-behavioural Survey among MSM in 13 European cities.* Cierre Gráfica.

National AIDS Trust (2011). *Primary HIV infection knowledge amongst gay men.* London: NAT.

Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model.* 5ª ed., USA: Pearson.

Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pettifor, A., MacPhail, C., Corneli, A., Sibeko, J., Kamanga, G., Rosenberg, N. ... NIAID Center for HIV/AIDS Vaccine Immunology (2011). Continued High Risk Sexual Behavior Following Diagnosis with Acute HIV Infection in South Africa and Malawi: Implications for Prevention. *AIDS And Behaviour*, 15: 1243-

1250. Acedido a 29/5/2016. MEDLINE With Full Text. DOI 10.1007/s10461-010-9839-0.

Rocha, M. (2016). Rastreio de base comunitária e ligação a cuidados de Saúde de VIH, hepatites virais e sífilis em grupos chave - exemplos, estratégias e serviços complementares. Grupo Homens que têm Sexo com Homens. In *Conferência Rede de Rastreio Comunitária*, Lisboa, 1 julho 2016.

Saag, M. S., Chambers, H. F., Eliopoulos, G. M., Gilbert, D. N., Black, D., Freedman, D. ... Schwartz, B. S. (2015). *The Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy 2015-2016*. 23^a ed., USA: Antimicrobial Therapy, Inc.

Sebastian, M. (1999). Vulnerabilidade e Populações Vulneráveis: Uma Introdução. In Stanhope, M. & Lancaster, J. *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos* (pp. 681-706). Loures: Lusociência.

Siegler, A. J., Sanchez, T., Sineath, R. C., Grey, J., Kahle, E. & Sullivan, P. S. (2015). Knowledge and awareness of acute human immunodeficiency virus infection among mobile app-using men who have sex with men: a missed public health opportunity. *Brief Report* (1-4). DOI:10.1093/ofid/ofv016.

Steinberg, M., Cook, D. A., Gilbert, M., Krajden, M., Haag, D., Tsang, P. ... Rekart, M. L. (2011). Towards targeted screening for acute HIV infections in British Columbia. *Journal Of The International AIDS Society*, 14:39. Acedido a 29/5/2016. MEDLINE With Full Text. DOI 10.1186/1758-2652-14-39.

Stekler, J. D., Baldwin, H. D., Louella, M. W., Katz, D. A. & Golden, M. R. (2013). ru2hot?: A public health education campaign for men who have sex with men to increase awareness of symptoms of acute HIV infection. *Sex Transform Infect*, 89 (5): 409-414 Acedido a 25/10/2016. CINAHL Plus With Full Text. DOI 10.1136/sextrans-2012-050730.

Streeck, H. & Altfeld, M. (2015). Acute HIV-1 Infection. In Hoffmann, C. & Rockstroh, J. (Editores). *HIV 2015/2016* (pp. 52-61). Hamburg: Medizin Fokus Verlag.

Sy, F. S. & Long-Marin, S. C. (1999). Risco e Prevenção das Doenças Transmissíveis. In Stanhope, M. & Lancaster, J. *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos* (pp. 827-852). Loures: Lusociência.

Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde* (2ªed.). Ministério da Saúde: Departamento de Recursos Humanos da Saúde e Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Wanyenze, R. K., Musinguzi, G., Matovu, J. K. B., Kiguli, J., Nuwaha, F., Mujisha, G. ... Wagner, G. J. (2016). "If You Tell People That You Had Sex with a Fellow Man, It Is Hard to Be Helped and Treated": Barriers and Opportunities for Increasing Access to HIV Services among Men Who Have Sex with Men in Uganda. *PLoS One*, 11(1): e0147714. Acedido a 21/12/2016. MEDLINE With Full Text. DOI 10.1371/journal.pone.0147714.

Wohlfeiler, D., Hecht, J., Volk, J., Raymond H. F., Kennedy, T. & McFarland, W. (2013). How can we improve online HIV and STD prevention for men who have sex with men? Perspectives of hook-up website owners, website users, and HIV/STD directors. *AIDS And Behavior*, 17(9):3024-3033. Acedido a 27-11-2016. MEDLINE With Full Text. DOI 10.1007/s10461-012-0375-y.

World Health Organization (2016). Adults and children estimated to be living with HIV, 2015. By WHO region. Acedido a 10-1-2017. Disponível em: http://www.who.int/gho/hiv/epidemic/hiv_001.jpg

Young, S.D. & Jaganath. D. (2013). Online social networking for HIV education and prevention: a mixed-methods analysis. *Sexually trasmitted diseases*, 40(2): 162-167. Acedido a 5-12-2016. MEDLINE With Full Text. DOI 10.1097/OLQ.0b013e318278bd12.

<http://www.checkpointtx.com/> Acedido a 5/4/2016

<http://www.fast-trackcities.org/> Acedido a 10/1/2017

ANEXOS

Anexo I. Modelo de Sistemas de Neuman

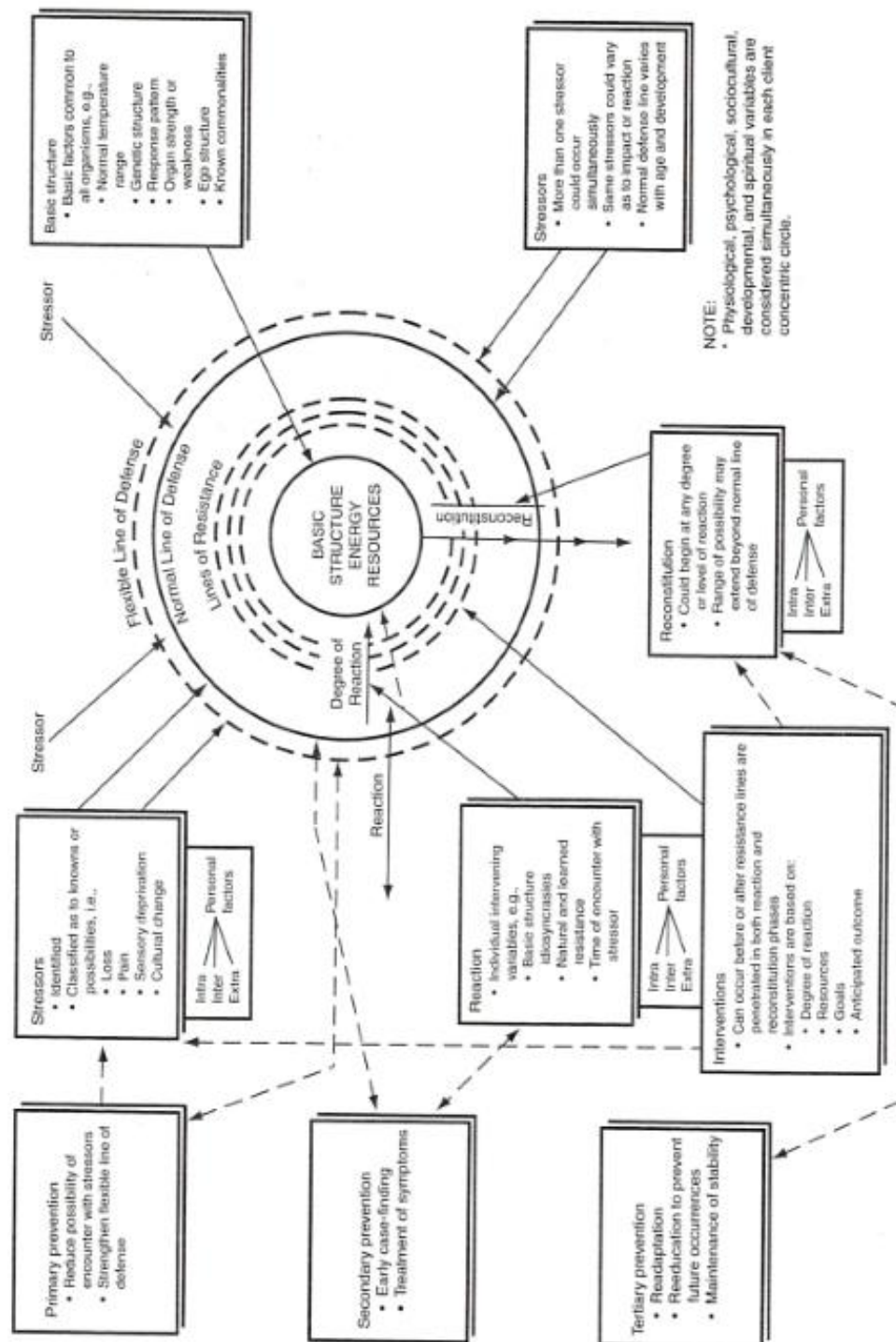


FIGURE 1-3. The Neuman Systems Model. (Original diagram copyright © 1970 by Betty Neuman.)

Anexo II. Autorização por parte da Direção do GAT

Exma. Enf.^a
Andreia Sofia Cabrita Martins
ESEL –Escola Superior de
Enfermagem de Lisboa

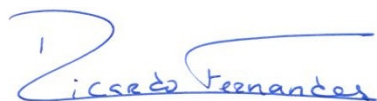
S/Referência	Sua Comunicação	N/Referência	Data
		063/RIF	02/05/2016

Assunto: Pedido de Autorização de Menção do Nome do GAT e Aplicação de Instrumento de Recolha de Dados.

Exma. Enf.^a Andreia Sofia Cabrita Martins,

Em resposta à sua solicitação através de ofício com data de 29 de Abril, vimos por este meio autorizar a menção do nome do Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT), bem como a aplicação do instrumento de recolha de dados/questionário, no âmbito do Projeto de Intervenção Comunitária direcionado para a "Promoção do diagnóstico precoce de VIH", a decorrer no CheckpointLX, em Lisboa e orientado pela Sr.^a Prof.^a Doutora Maria de Lourdes Varandas da Costa.

Com os meus melhores cumprimentos



Diretor Executivo
Ricardo Fernandes

Anexo III. Autorização para aplicação do “Questionário de Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes Universitários” (HBSC/SSREU)

Pedido de autorização para uso do questionário «Saúde sexual e reprodutiva dos estudantes universitários» (HBSC/SSREU)

Marta Reis <reispsmarta@gmail.com>

Wed, Jun 29, 2016 at 5:17 PM

To: Miguel Rocha <miguel.rocha@gatportugal.org>

Cc: ANDREIA SOFIA CABRITA MARTINS <andreiamartins@campus.esel.pt>

Caro Miguel,

Da Minha parte tem a respectiva autorização.

Desejando Muito sucesso para o trabalho, na certeza que será uma Mais valia para a Comunidade científica :)

Cordiais cumprimentos

Marta Reis

[Quoted text hidden]

Anexo IV. Parecer da Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de
Lisboa



Presidente

Prof. Doutor José Pereira Miguel

Vice-Presidente

Profª. Doutora Maria Luisa Figueira

Membros

Prof. Doutor Alexandre Mendonça

Dra. Ana Luisa Figueiras

Prof. Dr. Carlos França

Padre Fernando Sampalo

Mestre Enfª. Graça Roldão

Prof. Doutor João Forjaz Lacerda

Prof. Doutor João Lavinha

Prof. Doutor José Luis Ducla Soares

Prof. Doutor José Luis Garcia

Profª. Doutora Mafalda Videira

Prof. Doutor. Mário Miguel Rosa

Exmo. Senhor

Enf. Miguel Rocha

GAT, Portugal

CheckpointLX

Travessa Monte do Carmo, N° 2

1200-277 LISBOA

Lisboa, 24 de Outubro de 2016

Nossa Refª. N°304 /16

Assunto: Projecto de Investigação "Knowledge, Assessment, Confirmation and referral of Acute Infections – HIV (KACRAI-HIV)"

Relator – Prof. Doutor José Luis Garcia

Pela presente informamos que o projecto citado em epígrafe, obteve, na reunião realizada em 12 de Outubro de 2016, parecer favorável da Comissão de Ética

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética do CAML



Prof. Doutor José Pereira Miguel

COMISSÃO DE

ÉTICA DO CENTRO ACADÉMICO DE MEDICINA DE LISBOA (CHLN/FMUL/IMM)

Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes

Tel. – 21 780 54 05; Fax – 21 780 56 90

Av. Professor Egas Moniz

1649-035 LISBOA

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117

1769-001 LISBOA

Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 2

Anexo V. Autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados para o
estudo KACRAI-HIV



N/Ref. 02.02
Proc. n.º 11363 / 2016
Of. n.º 24823
Data: 2016-08-19

Assunto: Notificação de tratamento de dados de investigação clínica

Com referência ao assunto em epígrafe, ficam V. Exas. notificados de todo o conteúdo da decisão desta CNPD n.º 8603/ 2016 proferido em 19-08-2016, cuja cópia se anexa.

Com os melhores cumprimentos.

A Secretária da CNPD

(Isabel Cristina Cruz)



Autorização n.º 8603/ 2016

Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT) - Centro CheckpointLX , NIPC 506248259, notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realizar um Estudo Clínico de Dispositivo Médico, denominado KACRAI-HIV: KNOWLEDGE, ASSESSMENT, CONFIRMATION AND REFERRAL OF ACUTE INFECTIONS - HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS .

O participante é identificado por um código especificamente criado para este estudo, constituído de modo a não permitir a imediata identificação do titular dos dados; designadamente, não são utilizados códigos que coincidam com os números de identificação, iniciais do nome, data de nascimento, número de telefone, ou resultem de uma composição simples desse tipo de dados. A chave da codificação só é conhecida do(s) investigador(es).

É recolhido o consentimento expresso do participante ou do seu representante legal.

A informação é recolhida diretamente do titular.

As eventuais transmissões de informação são efetuadas por referência ao código do participante, sendo, nessa medida, anónimas para o destinatário.

A CNPD já se pronunciou na Deliberação n.º 1704/2015 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios aplicáveis para o correto cumprimento da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto, doravante LPD, bem como sobre as condições e limites aplicáveis ao tratamento de dados efetuados para a finalidade de investigação clínica.

No caso em apreço, o tratamento objeto da notificação enquadra-se no âmbito daquela deliberação e o responsável declara expressamente que cumpre os limites e condições aplicáveis por força da LPD e da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada pela Lei n.º 73/2015, de 27 de junho – Lei da Investigação Clínica –, explicitados na Deliberação n.º 1704/2015.

O fundamento de legitimidade é o consentimento do titular.



A informação tratada é recolhida de forma lícita, para finalidade determinada, explícita e legítima e não é excessiva – cf. alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD.

Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e do artigo 30.º da LPD, bem como do n.º 3 do artigo 1.º e do n.º 9 do artigo 16.º ambos da Lei de Investigação Clínica, com as condições e limites explicitados na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, que aqui se dão por reproduzidos, autoriza-se o presente tratamento de dados pessoais nos seguintes termos:

Responsável – Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT) - Centro CheckpointLX

Finalidade – Estudo Clínico de Dispositivo Médico, denominado KACRAI-HIV: KNOWLEDGE, ASSESSMENT, CONFIRMATION AND REFERRAL OF ACUTE INFECTIONS - HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS

Categoria de dados pessoais tratados – Código do participante; idade/data de nascimento; género; dados da história clínica; dados dados de exame físico; dados de meios complementares de diagnóstico; relativos à vida sexual; relativos à atividade profissional com conexão com a Investigação

Exercício do direito de acesso – Através dos investigadores, presencialmente

Comunicações, interconexões e fluxos transfronteiriços de dados pessoais identificáveis no destinatário – Não existem

Prazo máximo de conservação dos dados – A chave que produziu o código que permite a identificação indireta do titular dos dados deve ser eliminada No prazo máximo de 15 anos para os estudos com dispositivos médicos implantáveis e 5 anos para os restantes dispositivos médicos, nos termos do disposto no Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho.

Da LPD e da Lei de Investigação Clínica, nos termos e condições fixados na presente Autorização e desenvolvidos na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, resultam obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham no tratamento de dados pessoais.



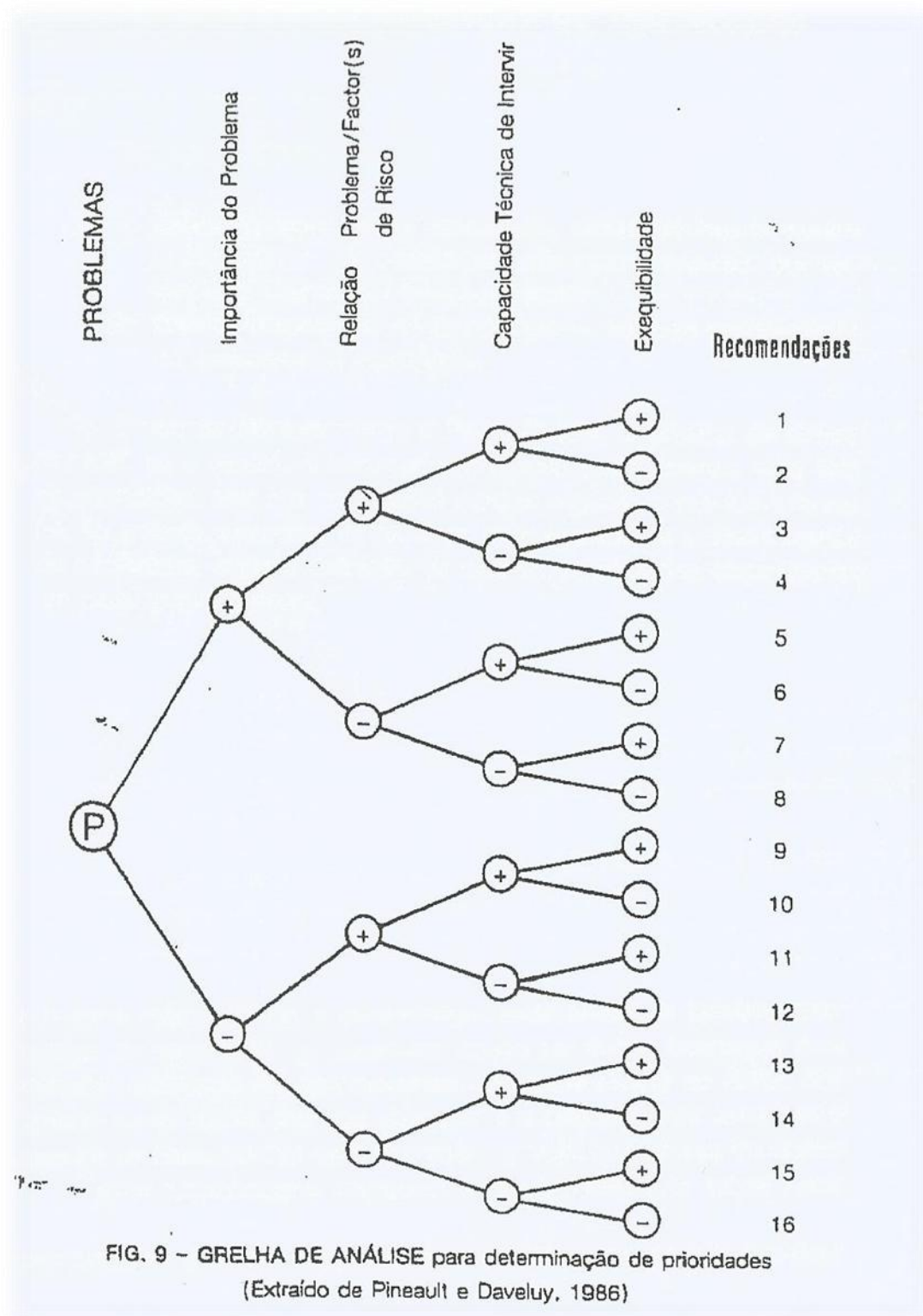
Lisboa, 19-08-2016

A Presidente

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Filipa Calvão'. The signature is fluid and cursive.

Filipa Calvão

Anexo VI. Grelha de Análise



Fonte: Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde* (2ªed.). Ministério da Saúde: Departamento de Recursos Humanos da Saúde e Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional

Anexo VII. Dados estatísticos da visualização dos filmes sobre infecção aguda
pelo VIH

Versão portuguesa do vídeo sobre infeção aguda pelo VIH

**CheckpointLX** com GAT e Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
31/1 · €

Sabe mais sobre a infeção aguda pelo VIH em 40 segundos!



00:40

4046 pessoas alcançadas

Promoção indisponível

4046 Pessoas alcançadas

1242 Visualizações do vídeo

137 Reações, comentários e partilhas

102 Gosto	25 Na publicação	77 Em partilhas
4 Adoro	0 Na publicação	4 Em partilhas
1 Surpresa	0 Na publicação	1 Em partilhas
1 Tristeza	0 Na publicação	1 Em partilhas
3 Comentários	0 Sobre a publicação	3 Sobre as partilhas
26 Partilhas	26 Sobre a publicação	0 Sobre as partilhas

343 Cliques em publicações

104 Cliques para reproduzir	0 Cliques em ligações	239 Outros cliques
---------------------------------------	---------------------------------	------------------------------

OPINIÃO NEGATIVA

0 Ocultar publicação	0 Ocultar todas as publicações
0 Denunciar como spam	0 Cancelamentos de gostos

Detalhes da publicação

VideoPublicar



CheckpointLX
Sabe mais sobre a infeção aguda pelo VIH em 40 segundos!

0:40 · Carregado a 31-01-2017 · Ver ligação permanente

Público e interação

Pessoas alcançadas 4046

Visualizadores individuais 1056

Interação com a publicação 137

Público principal Homens, 25-34

Localização principal Distrito de Lisboa

Versão inglesa do vídeo sobre infeção aguda pelo VIH

CheckpointLX com GAT e Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
7/2 · 🌐

Saiba mais sobre a infeção pelo VIH aguda em 40 segundos!

⚙️ · Ver Original · Classifica esta tradução



1141 pessoas alcançadas

🚫 Promoção indisponível

1141 Pessoas alcançadas

232 Visualizações do vídeo

31 Reações, comentários e partilhas

24 👍 Gosto	5 Na publicação	19 Em partilhas
1 ❤️ Adoro	0 Na publicação	1 Em partilhas
1 💬 Comentários	1 Sobre a publicação	0 Sobre as partilhas
5 Partilhas	1 Sobre a publicação	4 Sobre as partilhas

68 Cliques em publicações

24 Cliques para reproduzir 🌐	0 Cliques em ligações	44 Outros cliques 🌐
--	---------------------------------	-------------------------------

OPINIÃO NEGATIVA

0 Ocultar publicação	1 Ocultar todas as publicações
0 Denunciar como spam	0 Cancelamentos de gostos

Detalhes da publicação

Vídeo

Publicar



CheckpointLX

Learn more about Acute HIV infection in 40 seconds!

0:40 · Carregado a 07-02-2017 · Ver ligação permanente 🌐

← Público e interação

👤 Pessoas alcançadas	1141 >
👤 Visualizadores individuais	209 >
👍 Interação com a publicação	31 >
👤 Público principal	Homens, 25-34 >
🌐 Localização principal	Distrito de Lisboa >

APÊNDICES

Apêndice I. Definição das palavras-chave com base no esquema PPC

Questão de investigação:

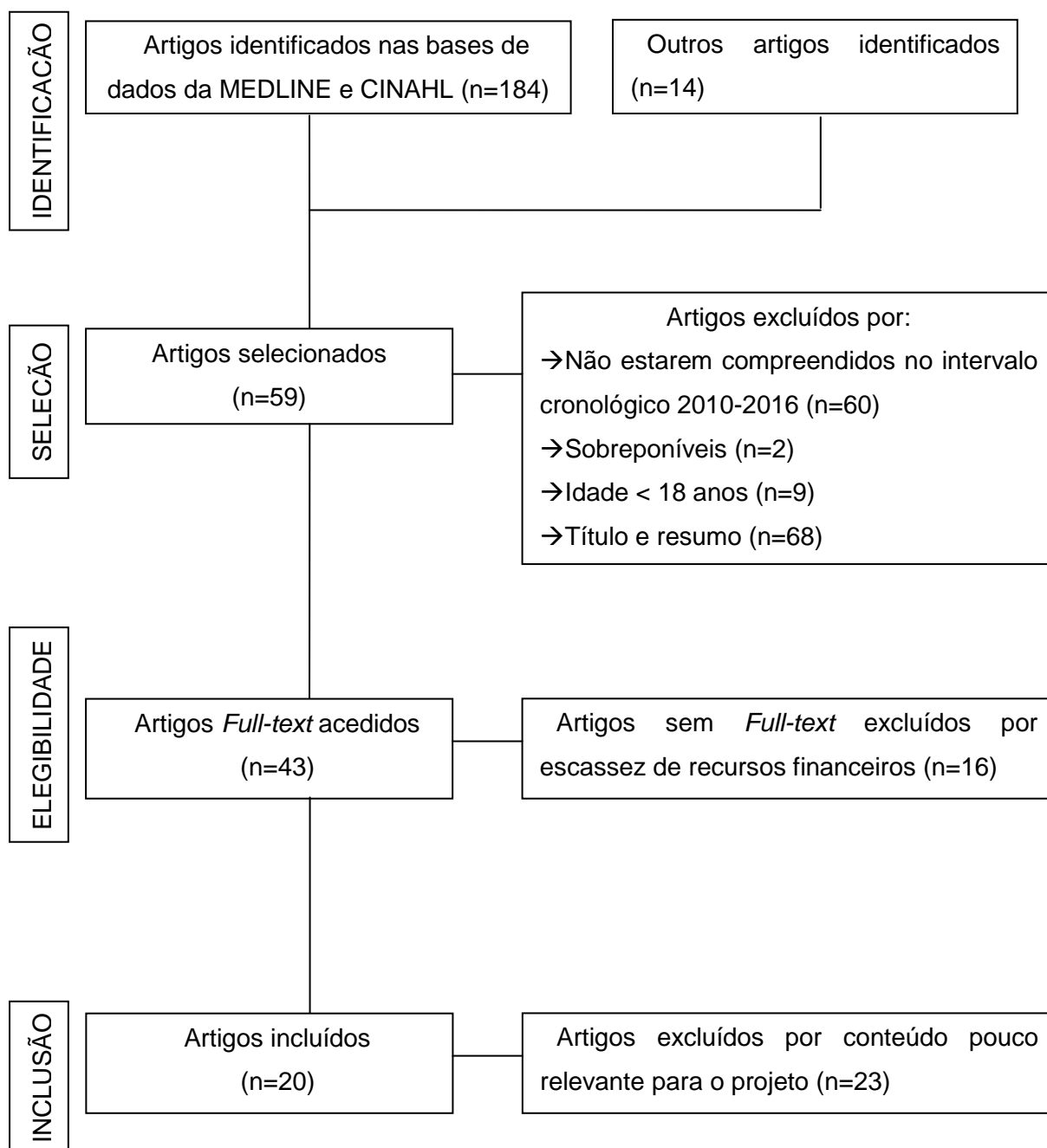
No âmbito da Saúde Comunitária, quais os conhecimentos dos homens que têm sexo com homens face à infeção aguda pelo VIH?

PCC	Termos-chave da questão de investigação	MEDLINE e CINAHL
		Palavras-chave (linguagem natural e termos indexados)
P – População	- Homens que têm sexo com homens	- <i>Men who have sex with men</i>
C – Conceito	- Conhecimentos sobre infeção aguda pelo VIH	- <i>HIV/AIDS</i> - <i>MH Early Diagnosis</i> - <i>Acute HIV infection</i> - <i>Knowledge</i>
C – Contexto	- Saúde Comunitária	- <i>MH Health Education</i> - <i>Community Health</i> - <i>MH Public Health</i>

Apêndice II. Diagrama PRISMA

Diagrama PRISMA

Termos de pesquisa: (*Men who have sex with men*) AND (*HIV/AIDS OR MH Early Diagnosis OR Acute HIV infection OR Knowledge*) AND (*MH Health Education OR Community Health OR MH Public Health*)



Apêndice III. Cronograma previsto para o 3º semestre e cronograma reformulado

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO PREVISTO PARA O 3º SEMESTRE

Atividades	Mar.	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Pesquisa bibliográfica												
Pedido e autorização para utilização do instrumento de colheita de dados												
Elaboração dos instrumentos de colheita de dados												
Pedido de parecer à Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa												
Aplicação dos instrumentos de colheita de dados												
Tratamento dos dados												
Definição de prioridades												
Fixação de objetivos												
Seleção e elaboração de estratégias												
Execução das atividades												
Avaliação das atividades												
Elaboração do Relatório	*											
Orientação académica												

*Aprovação do estágio (4ª semana março)

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO REFORMULADO

Atividades	Mar.	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Pesquisa bibliográfica												
Pedido e autorização para utilização do instrumento de colheita de dados												
Elaboração dos instrumentos de colheita de dados												
Pedido de parecer à Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa												
Aplicação dos instrumentos de colheita de dados												
Tratamento dos dados												
Definição de prioridades												
Fixação de objetivos												
Seleção e elaboração de estratégias												
Execução das atividades												
Avaliação das atividades												
Elaboração do Relatório	*											
Orientação académica												

*Aprovação do estágio (4ª semana março)

Apêndice IV. Instrumento de colheita de dados

KACRAI-HIV: conhecimentos sobre a infecção aguda pelo VIH

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO: Conforme a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983, Hong Kong 1989, Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002, Tóquio 2004, Seul 2008)

NOME DO ESTUDO: KACRAI-HIV: Knowledge, Assessment, Confirmation and Referral of Acute Infections - Human immunodeficiency virus

O KACRAI-VIH tem como objetivo obter dados sobre o conhecimento sobre a infecção aguda pelo VIH dos homens que têm sexo com homens que utilizam o CheckpointLX. Para a concretização deste estudo, pedimos a sua colaboração através de resposta ao questionário (5 minutos). A informação obtida permitirá atualizar a informação e serviços que respondam às necessidades de informação identificadas. Os dados obtidos são avaliados de forma coletiva e anónima, garantindo-se a confidencialidade dos mesmos.

Esta investigação é promovida pelo Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT) e a Alere Inc.

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo que se vai realizar. Foi-me dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, tendo obtido resposta satisfatória. A informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos e o eventual desconforto decorrente da minha participação. Foi-me assegurada a confidencialidade da minha identidade, bem como dos dados que entender fornecer, nos termos que a lei exige.

***Obrigatório**

*

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim, aceito participar
- ☐ Não, não aceito participar Pare de preencher este formulário.

Esta pergunta é obrigatória
Ir para a pergunta 2.

Dados sócio-demográficos

Qual é a tua idade? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ menos de 18 anos Após a última pergunta desta seção, interromper o preenchimento deste formulário.

- ☐ 18
- ☐ 19
- ☐ 20
- ☐ 21
- ☐ 22
- ☐ 23
- ☐ 24
- ☐ 25
- ☐ 26
- ☐ 27
- ☐ 28
- ☐ 29
- ☐ 30
- ☐ 31
- ☐ 32
- ☐ 33
- ☐ 34
- ☐ 35
- ☐ 36
- ☐ 37
- ☐ 38
- ☐ 39
- ☐ 40
- ☐ 41
- ☐ 42
- ☐ 43
- ☐ 44
- ☐ 45
- ☐ 46
- ☐ 47
- ☐ 48
- ☐ 49
- ☐ 50
- ☐ 51

- ☐ ☐ 52
- ☐ ☐ 53
- ☐ ☐ 54
- ☐ ☐ 55
- ☐ ☐ 56
- ☐ ☐ 57
- ☐ ☐ 58
- ☐ ☐ 59
- ☐ ☐ 60
- ☐ ☐ 61
- ☐ ☐ 62
- ☐ ☐ 63
- ☐ ☐ 64
- ☐ ☐ 65 ou mais anos

Esta pergunta é obrigatória

Qual foi o sexo atribuído à nascença? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ ☐ Masculino
- ☐ ☐ Feminino
- ☐ ☐ Outro

Esta pergunta é obrigatória

Como defines a tua identidade de género? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ ☐ Homem
- ☐ ☐ Mulher
- ☐ ☐ Outro

Esta pergunta é obrigatória

Como defines a tua orientação sexual? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ ☐ Homossexual / Gay

- ☐ ☐ Bissexual
- ☐ ☐ Heterossexual (que tem sexo com outros homens)
- ☐ ☐ Outra
- ☐ ☐ Não costumo usar um termo
- ☐ ☐ Não responde

Esta pergunta é obrigatória

Qual é o teu país de nascença? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ ☐ Portugal
- ☐ ☐ Afeganistão
- ☐ ☐ África do Sul
- ☐ ☐ Albânia
- ☐ ☐ Alemanha
- ☐ ☐ Andorra
- ☐ ☐ Angola
- ☐ ☐ Antiga e Barbuda
- ☐ ☐ Arábia Saudita
- ☐ ☐ Argélia
- ☐ ☐ Argentina
- ☐ ☐ Arménia
- ☐ ☐ Austrália
- ☐ ☐ Áustria
- ☐ ☐ Azerbaijão
- ☐ ☐ Baamas
- ☐ ☐ Bangladeche
- ☐ ☐ Barbados
- ☐ ☐ Barém
- ☐ ☐ Bélgica
- ☐ ☐ Belize
- ☐ ☐ Benim
- ☐ ☐ Bielorrússia
- ☐ ☐ Bolívia

- ☐ Bósnia e Herzegovina
- ☐ Botsuana
- ☐ Brasil
- ☐ Brunei
- ☐ Bulgária
- ☐ Burquina Faso
- ☐ Burundi
- ☐ Butão
- ☐ Cabo Verde
- ☐ Camarões
- ☐ Camboja
- ☐ Canadá
- ☐ Catar
- ☐ Cazaquistão
- ☐ Chade
- ☐ Chile
- ☐ China
- ☐ Chipre
- ☐ Colômbia
- ☐ Comores
- ☐ Congo-Brazzaville
- ☐ Coreia do Norte
- ☐ Coreia do Sul
- ☐ Costa do Marfim
- ☐ Costa Rica
- ☐ Croácia
- ☐ Cuba
- ☐ Dinamarca
- ☐ Djibuti
- ☐ Dominica
- ☐ Egito
- ☐ Emirados Árabes Unidos
- ☐ Equador
- ☐ Eritreia

- ☐ Eslováquia
- ☐ Eslovénia
- ☐ Espanha
- ☐ Estados Unidos
- ☐ Estónia
- ☐ Etiópia
- ☐ Fiji
- ☐ Filipinas
- ☐ Finlândia
- ☐ França
- ☐ Gabão
- ☐ Gâmbia
- ☐ Gana
- ☐ Geórgia
- ☐ Granada
- ☐ Grécia
- ☐ Guatemala
- ☐ Guiana
- ☐ Guiné
- ☐ Guiné Equatorial
- ☐ Guiné-Bissau
- ☐ Haiti
- ☐ Holanda
- ☐ Honduras
- ☐ Hungria
- ☐ Iémen
- ☐ Ilhas Marechal
- ☐ Índia
- ☐ Indonésia
- ☐ Irão
- ☐ Iraque
- ☐ Irlanda
- ☐ Islândia
- ☐ Israel

- ☐ Itália
- ☐ Jamaica
- ☐ Japão
- ☐ Jordânia
- ☐ Kosovo
- ☐ Kuwait
- ☐ Laos
- ☐ Lesoto
- ☐ Letónia
- ☐ Líbano
- ☐ Libéria
- ☐ Líbia
- ☐ Listenstaine
- ☐ Lituânia
- ☐ Luxemburgo
- ☐ Macedónia
- ☐ Madagáscar
- ☐ Malásia
- ☐ Maláui
- ☐ Maldivas
- ☐ Mali
- ☐ Malta
- ☐ Marrocos
- ☐ Maurícia
- ☐ Mauritânia
- ☐ México
- ☐ Mianmar
- ☐ Micronésia
- ☐ Moçambique
- ☐ Moldávia
- ☐ Mónaco
- ☐ Mongólia
- ☐ Montenegro
- ☐ Namíbia

- ☐ Nauru
- ☐ Nepal
- ☐ Nicarágua
- ☐ Níger
- ☐ Nigéria
- ☐ Noruega
- ☐ Nova Zelândia
- ☐ Omã
- ☐ Palau
- ☐ Panamá
- ☐ Papua Nova Guiné
- ☐ Paquistão
- ☐ Paraguai
- ☐ Peru
- ☐ Polónia
- ☐ Quênia
- ☐ Quirguistão
- ☐ Quiribati
- ☐ Reino Unido
- ☐ República Centro-Africana
- ☐ República Checa
- ☐ República Democrática do Congo
- ☐ República Dominicana
- ☐ Roménia
- ☐ Ruanda
- ☐ Rússia
- ☐ Salomão
- ☐ Salvador
- ☐ Samoa
- ☐ Santa Lúcia
- ☐ São Cristóvão e Neves
- ☐ São Marinho
- ☐ São Tomé e Príncipe
- ☐ São Vicente e Granadinas

- ☐ Seicheles
- ☐ Senegal
- ☐ Serra Leoa
- ☐ Sérvia
- ☐ Singapura
- ☐ Síria
- ☐ Somália
- ☐ Sri Lanka
- ☐ Suazilândia
- ☐ Sudão
- ☐ Sudão do Sul
- ☐ Suécia
- ☐ Suíça
- ☐ Suriname
- ☐ Tailândia
- ☐ Taiwan
- ☐ Tajiquistão
- ☐ Tanzânia
- ☐ Timor-Leste
- ☐ Togo
- ☐ Tonga
- ☐ Trindade e Tobago
- ☐ Tunísia
- ☐ Turquemenistão
- ☐ Turquia
- ☐ Tuvalu
- ☐ Ucrânia
- ☐ Uganda
- ☐ Uruguai
- ☐ Usbequistão
- ☐ Vanuatu
- ☐ Vaticano
- ☐ Venezuela
- ☐ Vietname

- ☐ Zâmbia
- ☐ Zimbábue

Esta pergunta é obrigatória

Qual o nível mais alto de escolaridade que completaste? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 2º Ciclo do Ensino Básico ou inferior (6º ano ou menos)
- ☐ 3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano)
- ☐ Ensino Secundário, via prosseguimento de estudos (12º ano)
- ☐ Ensino Secundário com estágio profissional (mínimo de 6 meses) (12º ano profissional)
- ☐ Ensino Pós-secundário não superior (CET - Curso de Especialização Tecnológica)
- ☐ Bacharelato / Licenciatura
- ☐ Mestrado ou Doutoramento
- ☐ Não responde

Esta pergunta é obrigatória

Qual é a tua situação perante o trabalho? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Empregado a tempo inteiro (contratado)
- ☐ Empregado a tempo parcial (contratado)
- ☐ Trabalhador temporário
- ☐ Desempregado (com ou sem subsídio)
- ☐ Trabalhador independente (recibos verdes)
- ☐ Trabalhador sexual
- ☐ Trabalhador/Estudante
- ☐ Estudante
- ☐ Reformado
- ☐ Trabalho não declarado
- ☐ Não responde

Esta pergunta é obrigatória

Qual é o teu estatuto serológico para a infeção pelo VIH? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Positivo
- ☐ Negativo
- ☐ Não sei

Esta pergunta é obrigatória
Ir para a pergunta 10.

Conhecimentos sobre a infeção pelo VIH

Dimensão sobre conhecimentos face ao VIH/SIDA do questionário de
Matos, Reis, Ramiro & Equipa Aventura Social (2012)

*Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não	Não sei
Uma pessoa pode ficar infetada com o VIH/SIDA se usar uma agulha e/ou seringa já utilizada por outra pessoa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se alguém infetado com o VIH/SIDA tossir ou espirrar perto de outras pessoas, estas poderão também ficar infetadas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se uma mulher ficar infetada com o VIH/SIDA estiver grávida, o bebé pode ficar infetado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Sim	Não	Não sei
Uma pessoa pode ficar infetada com o VIH/SIDA por abraçar alguém que está infetado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomar a pílula pode proteger uma mulher de ser infetada pelo VIH/SIDA?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma pessoa pode ficar infetada pelo VIH/SIDA se tiver relações sexuais sem usar preservativo, mesmo que seja só uma só vez?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma pessoa pode parecer muito saudável e estar infetada com o VIH/SIDA?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma pessoa pode ficar infetada com o VIH/SIDA por usar utensílios para comer ou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Sim	Não	Não sei
beber (pratos, talheres, copos) já usados por outra pessoa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma pessoa pode ficar infetada com o VIH/SIDA com uma transfusão de sangue, num hospital, em Portugal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Digite uma resposta por linha
 Vias de transmissão do VIH *
 Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não	Não sei
Saliva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sangue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lágrimas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Picadelas de mosquito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Casas de banho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seringas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esperma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beijos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Sim	Não	Não sei
Piscinas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abraços	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Digite uma resposta por linha

Conhecimentos sobre infeção pelo VIH na fase aguda

A infeção aguda pelo VIH é a fase que ocorre após a exposição ao vírus. É caracterizada pela elevada infecciosidade, o que aumenta a probabilidade de transmissão de VIH (Pettifor, et al., 2010). Uma percentagem elevada de pessoas pode desenvolver um quadro de sintomatologia que pode contribuir para o diagnóstico do VIH nesta fase inicial da infeção (Siegler et al, 2015).

Quais são os sintomas associados à fase aguda da infeção pelo VIH?

*


Esta pergunta é obrigatória

Quanto tempo (em semanas) após a transmissão da infeção surgem os sintomas? *

Esta pergunta é obrigatória

Quanto tempo (em semanas) costumam os sintomas durar? *

Esta pergunta é obrigatória

Powered by
 Google Forms

Este formulário foi criado em Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Apêndice V. Ícone de acesso ao questionário *online*



TESTA OS TEUS CONHECIMENTOS SOBRE A INFEÇÃO PELO VIH

Este estudo decorre no âmbito do estágio profissionalizante da Enfermeira Andreia Martins sob orientação de Miguel Rocha (Enfermeiro, CheckpointLX) e Lourdes Varandas (Professora Doutora, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).

O objetivo deste estudo é obter dados sobre o conhecimento da infeção aguda pelo VIH nos homens que têm sexo com homens (HSH). Este estudo destina-se aos HSH com 18 ou mais anos de idade que recorrem ao CheckpointLX. A informação obtida permitirá atualizar a informação e/ou criar serviços que respondam às necessidades identificadas.

Accede [aqui](#).

Apêndice VI. Respostas ao questionário

RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO SOBRE CONHECIMENTOS DA INFECÇÃO PELO VIH

SECÇÃO 1. CONHECIMENTO SOBRE PRÁTICAS DE TRANSMISSÃO DE VIH

Uma pessoa pode ficar infetada com o VIH/SIDA se usar uma agulha e/ou seringa já utilizada por outra pessoa?	SIM
Se alguém infetado com o VIH/SIDA tossir ou espirrar perto de outras pessoas, estas poderão também ficar infetadas?	NÃO
Se uma mulher ficar infetada com o VIH/SIDA estiver grávida, o bebé pode ficar infetado?	SIM
Uma pessoa pode ficar infetada com o VIH/SIDA por abraçar alguém que está infetado?	NÃO
Tomar a pílula pode proteger uma mulher de ser infetada pelo VIH/SIDA?	NÃO
Uma pessoa pode ficar infetada pelo VIH/SIDA se tiver relações sexuais sem usar preservativo, mesmo que seja só uma só vez?	SIM
Uma pessoa pode parecer muito saudável e estar infetada com o VIH/SIDA?	SIM
Uma pessoa pode ficar infetada com o VIH/SIDA por usar utensílios para comer ou beber (pratos, talheres, copos) já usados por outra pessoa?	NÃO
Uma pessoa pode ficar infetada com o VIH/SIDA com uma transfusão de sangue, num hospital, em Portugal?	NÃO

SECÇÃO 2. CONHECIMENTO SOBRE AS VIAS DE TRANSMISSÃO DE VIH

SIM, tem capacidade de transmitir a infeção

Sangue
Seringas
Esperma

NÃO, não tem a capacidade de transmitir a infeção

Saliva
Lágrimas
Urina
Picadelas de mosquito
Casas de banho
Beijos
Piscinas
Abraços

SECÇÃO 3. CONHECIMENTOS SOBRE A INFECÇÃO AGUDA PELO VIH

Sinais e sintomas

Ver lista aqui <http://www.checkpointlx.com/public/uploads/banners/InfecaoAgudaVIH.pdf>

Início dos sintomas após a exposição (em semanas)

À segunda semana após a prática de risco para a transmissão de VIH.

Duração dos sintomas (em semanas)

Duas semanas.

Apêndice VII. Estudo KACRAI-HIV



KACRAI-HIV: KNOWLEDGE, ASSESSMENT, CONFIRMATION AND REFERRAL OF ACUTE INFECTIONS - HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS

Miguel Rocha, *Registered Community Public Health Nurse (RCPHR)*
Maria José Campos, *Medical Doctor (MD)*
Rui Guerreiro, *Registered Nurse (RN)*
Andreia Martins, *Registered Nurse (RN)*

CheckpointLX, Lisbon, Portugal
geral@checkpointlx.com

KACRAI-HIV: KNOWLEDGE, ASSESSMENT, CONFIRMATION AND REFERRAL OF ACUTE INFECTIONS - HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS

BACKGROUND

The Point-of-care (POC) technology enabling human immunodeficiency virus (HIV) confirmatory testing in our community-based voluntary counselling and testing (CBVCT) centre has the following advantages: (1) quickly confirms a reactive rapid test result - there's a current 30 day delay between the reactive rapid test result and the confirmatory test at first medical appointment - avoiding a time of great anxiety; (2) prevents referrals of people with false positive rapid test results (releasing medical appointments for those who actually need them); (3) confirms cases of acute HIV infections of people with antibody/antigen nonreactive results (enabling early access to highly active antiretroviral therapy (HAART) in order to obtain functional cure and to benefit from treatment as prevention of transmission). The POC CD4 T cell count adds up the option of stratified referrals by taking into account those people with lower CD4 T cell counts.

MSM acute HIV infection detection will depend on MSM acute HIV knowledge as such screening up taking is linked to exposure perception and acute HIV phase signs/symptom association.

The European trends and acceptability studies in rapid HIV testing shows that self-test and self-sample collection for HIV testing will become a future testing option. To prepare for this scenario, CBVCT centres will need a helpline for test guidance and counselling and POC NAAT tests and CD4 T cell count to run confirmatory testing to roll-out referrals.

The new HIV prevention tool, pre-exposure prophylaxis (PrEP), and its roll-out in Portugal through a demonstration project may become a reality soon in this CBVCT centre, therefore POC confirmatory tests will be needed to determine eligibility to PrEP.

STUDY TITLE

KACRAI-HIV

PROMOTOR

GAT Portugal, CheckpointLX, Lisbon, Portugal
Alere Inc.

SETTING

CheckpointLX is peer-led CBVCT centre in Lisbon designed for MSM. This centre was recognized as an innovative HIV prevention centre by the European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) in 2013 and as HIV good-practice centre by the World Health Organization (WHO) in 2015. At CheckpointLX, *Alere Determine HIV-1/2* test is available for routine HIV testing and *Alere Determine HIV-1/2 Ag/Ab Combo* test for targeted HIV acute infection screening. Those with probable cases of acute HIV infection are referred to a specialist medical appointment for confirmatory testing and access to early treatment with HAART, through a partnership with MD Robert Badura at Hospital Santa Maria.

INVESTIGATION TEAM

Miguel Rocha, Registered Community Public Health Nurse (RCPHR)

Maria José Campos, Medical Doctor (MD)

Rui Guerreiro, Registered Nurse (RN)

Andreia Martins, Registered Nurse (RN)

PARTNERSHIPS

Robert Badura, MD, Hospital Santa Maria, Lisbon, Portugal

STUDY

PURPOSE

We propose to assess local MSM acute HIV knowledge to enhance literacy on this subject accordingly and to increase uptake on/ seeking of acute HIV testing.

We propose to study the impact of a screening algorithm using a HIV 4th generation rapid test followed by a POC NAAT confirmation on the detection of acute HIV infections comparing with the targeted 4th generation rapid HIV testing program in our CBVCT for MSM at Lisbon. The overarching goal of this study is to develop and implement a system to accurately identify, refer and link into care those MSM with acute HIV infection, in order to enable HIV functional cure, and to describe the impact of a POC confirmatory testing and CD4 T cell count on referrals management.

TYPE

Interventional

DESIGN

Intervention Model - Single Group Assignment
Primary Purpose - Early Diagnostics

INTERVENTION

Use of Alere Determine™ HIV-1/2 Ag/Ab Combo
Use of Alere™ q HIV-1/2 Detect
Use of Alere Pima™ CD4 technologies

RESULTS

PRIMARY A

Knowledge of MSM on start, signs/symptoms and duration on acute HIV infection.

PRIMARY B and C

Percentage (%) of people with acute HIV infection detected with standard screening program [% of people with p24 Ag, with or without clinical symptoms, in the absence of HIV antibody]

Percentage (%) of people with acute HIV infection detected with new screening program [% of people with HIV-RNA, with or without clinical symptoms, in the absence of HIV antibody]

SECONDARY

% of people with presentation with advanced HIV disease [% of people with less than 200 cells/mm³]

% of people with late presentation [% of people with less than 350 cells/mm³]

% of spared referrals [% of reactive rapid tests with negative confirmatory testing]

% of people who were admitted earlier due to low CD4 T cell count [% of people with less than 200 cells/mm³ and with less than 30 day delay between the confirmatory test and CD4 T cell count and first medical appointment]

Onset, frequency and duration of signs and symptoms experienced in people with confirmed acute HIV infection [Reported onset of signs and symptoms, reported or presence for each sign and symptom (temperature $\geq 38^{\circ}\text{C}$, rash, oral ulcer, weight loss $> 2\text{kg/week}$, loss of appetite, headache, fatigue, adenopathy, sore throat/ pharyngitis, muscle and/or joint pain, diarrhoea and gastrointestinal upset/nausea/ vomiting)]

CRITERIA

INCLUSION ALL People born male that, regardless gender identity, has sex with men
18 years old or more
Last HIV rapid test nonreactive
Able to provide consent

INCLUSION B and C 4th generation HIV reactive test result, regardless any sign or symptom of acute retroviral syndrome or 4th generation HIV nonreactive test result with report of fever and other sign or symptom of acute retroviral syndrome

EXCLUSION B and C 4th generation nonreactive HIV rapid test and doesn't experience any sign or symptom of acute retroviral syndrome

ENROLMENT

PARTICIPANTS A 100

PARTICIPANTS B 500

START DATE November 2016

COMPLETION November 2019

[Data report of primary and secondary outcomes measures:
April 2017;
October 2017; April 2018;
October 2018; April 2019;
October 2019]

[Annual data discussion of primary and secondary outcomes measures:
October 2017;
October 2018;
October 2019]

[Primary and secondary outcomes study publication:
AIDS2019 conference]

RESPONSIBILITIES

Peer Counsellors (PC) 4th generation rapid HIV testing
Recruitment

RN and RCPHN KACRAI survey application and physical exam
POC HIV confirmatory testing and CD4 T count cell

RCPHN and MD Referral management

BUDGET

ITEMS	ANNUAL			TOTAL
	2016	2017	2018	
Human resources	10.034,99 €	10.034,99 €	10.034,99 €	30.104,97 €
Salaries and Honoraries	10.034,99 €	10.034,99 €	10.034,99 €	30.104,97 €
Registered Nurse (50%)	9.852,15 €	9.852,15 €	9.852,15 €	29.556,45 €
Work insurance	182,84 €	182,84 €	182,84 €	548,52 €
Consumables	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Consumables for 7500 tests	we buy 4th generation tests by the price of 3rd generation tests; consumables for the tests are granted;			
7500 Alere Determine HIV-1/2 Ag/Ab Combo	tests and consumables are send on a monthly basis according to spending			
525 Alere™ q HIV-1/2 Detect tests	POC machines are granted;			
525 Alere Pima™ CD4 tests	tests and consumables are send on a monthly basis according to spending			
Total Investment	10.034,99 €	10.034,99 €	10.034,99 €	30.104,97 €

RECRUITMENT SITES

This study can add new recruitment sites (HIV testing centres aimed at men who have sex with men) upon written agreement with both GAT Portugal and Alere Inc.

PUBLICATIONS/CONFERENCE TRAVELS

Ad hoc basis following legal agreement.

REFERENCES

- Antorini, A. (2011) Late presentation of HIV infection: a consensus definition. *HIV Medicine*, 12 (1), p. 61-64.
- Gürtler, L. (1996) Difficulties and strategies of HIV diagnosis. *The Lancet*, 348 (9021), p. 176-179.
- Rosenberg, N. E. *et al.* (2012). Point-of-care diagnostics for acute HIV infection: An important public health priority. *Journal of Infectious Diseases*, 206(12), 1949-1950.10.1093/infdis/jis618
- Van Griensven, F. *et al.* (2013) (Presented by Kroon E) Acute HIV infection detection and control reduces HIV infectiousness and transmission risk behaviour among men who have sex with men in Bangkok, Thailand. *7th International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Kuala Lumpur, abstract WELBC03*
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (2012) *Novel approaches to testing for sexually transmitted infections*, including HIV and hepatitis B and C in Europe. Stockholm: ECDC; 2012.
- ECDC (2015) *HIV and STI prevention among men who have sex with men*. Stockholm: ECDC.
- World Health Organization (WHO) (2015) *Consolidated guidelines on HIV testing services 5Cs: Consent, Confidentiality, Counselling, Correct results and Connection*. Geneva: WHO.
- European AIDS Clinical Society (EACS) (2016) *EACS Guidelines*, Version 8.1. London: EACS.

Apêndice VIII. Apresentação dos resultados por estatística descritiva

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS, POR ESTATÍSTICA DESCRITIVA

→ Dados Sociodemográficos

Idade dos participantes					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	<19	2	1,79	1,79	1,79
	20-24	13	11,61	11,61	13,39
	25-29	26	23,21	23,21	36,61
	30-34	14	12,50	12,50	49,11
	35-39	27	24,11	24,11	73,21
	40-44	11	9,82	9,82	83,04
	45-49	7	6,25	6,25	89,29
	50-54	10	8,93	8,93	98,21
	55-59	1	,89	,89	99,11
	60-64	1	,89	,89	100,00
	Total	112	100,00	100,00	

Idade dos participantes

N	Válido	112
	Ausente	0
Média		34,8571
Mediana		35,0000
Modo		27,00
Desvio Padrão		9,81712
Mínimo		18,00
Máximo		62,00

Sexo atribuído à nascença					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Masculino	112	100,0	100,0	100,0

Identidade de Género

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Homem	109	97,32	97,32	97,32
	Mulher	2	1,79	1,79	99,11
	Outro	1	,89	,89	100,00
	Total	112	100,00	100,00	

Orientação Sexual

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Homossexual	104	92,86	92,86	92,86
	Bissexual/ /Heterossexual/ Outra	8	7,14	7,14	100,00
	Total	112	100,0	100,0	

Estatuto serológico para VIH

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Negativo	104	92,86	92,86	92,86
	Não sei	8	7,14	7,14	100,00
	Total	112	100,00	100,00	

País de nascença

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Portugal	102	91,07	91,07	91,07
	América	3	2,68	2,68	93,75
	África	2	1,79	1,79	95,54
	Outros países europeus	5	4,46	4,46	100,00
	Total	112	100,00	100,00	

Escolaridade

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Ensino Secundário	23	20,54	20,54	20,54
	Ensino Superior	88	78,57	78,57	99,11
	Não responde	1	,89	,89	100,00
	Total	112	100,00	100,00	

Situação face ao trabalho

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Empregado	91	81,25	81,25	81,25
	Desempregado	11	9,82	9,82	91,07
	Estudante	8	7,14	7,14	98,21
	Reformado	1	,89	,89	99,11
	Não responde	1	,89	,89	100,00
	Total	112	100,00	100,00	

→ Conhecimento Geral sobre VIH

Uma pessoa pode ficar infetada com o VIH/SIDA se usar uma agulha e/ou seringa já utilizada por outra pessoa?

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido Sim	110	98,21	98,21	98,21
Não	1	,89	,89	99,11
Não sei	1	,89	,89	100,00
Total	112	100,00	100,00	

Se alguém infetado com o VIH/SIDA tossir ou espirrar perto de outras pessoas, estas poderão também ficar infetadas?

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido Sim	1	,89	,89	,89
Não	111	99,11	99,11	100,00
Total	112	100,00	100,00	

Se uma mulher ficar infetada com o VIH/SIDA estiver grávida, o bebé pode ficar infetado?

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido Sim	102	91,07	91,07	91,07
Não	8	7,14	7,14	98,21
Não sei	2	1,79	1,79	100,00
Total	112	100,00	100,00	

Uma pessoa pode ficar infetada com o VIH/SIDA por abraçar alguém que está infetado?

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido Não	112	100,0	100,0	100,0

Tomar a pílula pode proteger uma mulher de ser infetada pelo VIH/SIDA?

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido Sim	1	,89	,89	,89
Não	107	95,54	95,54	96,43
Não sei	4	3,57	3,57	100,00
Total	112	100,00	100,00	

Uma pessoa pode ficar infetada pelo VIH/SIDA se tiver relações sexuais sem usar preservativo, mesmo que seja só uma só vez?

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido Sim	112	100,0	100,0	100,0

Uma pessoa pode parecer muito saudável e estar infetada com o VIH/SIDA?

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido Sim	112	100,0	100,0	100,0

Uma pessoa pode ficar infetada com o VIH/SIDA por usar utensílios para comer ou beber (pratos, talheres, copos) já usados por outra pessoa?

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido Sim	6	5,36	5,36	5,36
Não	104	92,86	92,86	98,21
Não sei	2	1,79	1,79	100,00
Total	112	100,00	100,00	

Uma pessoa pode ficar infetada com o VIH/SIDA com uma transfusão de sangue, num hospital, em Portugal?

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido Sim	53	47,32	47,32	47,32
Não	49	43,75	43,75	91,07
Não sei	10	8,93	8,93	100,00
Total	112	100,00	100,00	

Vias de Transmissão Saliva

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido Sim	7	6,25	6,25	6,25
Não	103	91,96	91,96	98,21
Não sei	2	1,79	1,79	100,00
Total	112	100,00	100,00	

Vias de Transmissão Sangue

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido Sim	112	100,0	100,0	100,0

Vias de Transmissão Lágrimas

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	1	,89	,89	,89
	Não	110	98,21	98,21	99,11
	Não sei	1	,89	,89	100,00
	Total	112	100,00	100,00	

Vias de Transmissão Urina

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	7	6,25	6,25	6,25
	Não	91	81,25	81,25	87,50
	Não sei	14	12,50	12,50	100,00
	Total	112	100,00	100,00	

Vias de Transmissão Picadelas mosquito

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	17	15,18	15,18	15,18
	Não	81	72,32	72,32	87,50
	Não sei	14	12,50	12,50	100,00
	Total	112	100,00	100,00	

Vias de Transmissão WC

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	1	,89	,89	,89
	Não	105	93,75	93,75	94,64
	Não sei	6	5,36	5,36	100,00
	Total	112	100,00	100,00	

Vias de Transmissão Seringas

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	112	100,0	100,0	100,0

Vias de Transmissão Esperma

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido Sim	109	97,32	97,32	97,32
Não	2	1,79	1,79	99,11
Não sei	1	,89	,89	100,00
Total	112	100,00	100,00	

Vias de Transmissão Beijos

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido Sim	5	4,46	4,46	4,46
Não	106	94,64	94,64	99,11
Não sei	1	,89	,89	100,00
Total	112	100,00	100,00	

Vias de Transmissão Piscinas

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido Não	110	98,21	98,21	98,21
Não sei	2	1,79	1,79	100,00
Total	112	100,00	100,00	

Vias de Transmissão Abraços

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido Não	112	100,0	100,0	100,0

Total de respostas corretas de conhecimentos gerais sobre VIH

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 12 respostas corretas	1	,89	,89	,89
14 respostas corretas	4	3,57	3,57	4,46
16 respostas corretas	7	6,25	6,25	10,71
17 respostas corretas	11	9,82	9,82	20,54
18 respostas corretas	21	18,75	18,75	39,29
19 respostas corretas	35	31,25	31,25	70,54
20 respostas corretas	33	29,46	29,46	100,00
Total	112	100,00	100,00	

→ Conhecimentos sobre infecção aguda pelo VIH

Conhecimentos sobre sinais e sintomas de infecção aguda pelo VIH

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	conhecimentos corretos	83	74,11	74,11	74,11
	conhecimentos incorretos	16	14,29	14,29	88,39
	sem conhecimentos	13	11,61	11,61	100,00
	Total	112	100,00	100,00	

Tempo de aparecimento dos sinais e sintomas de infecção aguda pelo VIH

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	< a 2 semanas	12	10,71	10,71	10,71
	2-4 semanas	60	53,57	53,57	64,29
	> 4 semanas	26	23,21	23,21	87,50
	sem conhecimentos	14	12,50	12,50	100,00
	Total	112	100,00	100,00	

Tempo de duração dos sinais e sintomas de infecção aguda pelo VIH

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	< a 2 semanas	27	24,11	24,11	24,11
	2-4 semanas	38	33,93	33,93	58,04
	> a 4 semanas	15	13,39	13,39	71,43
	sem conhecimentos	32	28,57	28,57	100,00
	Total	112	100,00	100,00	

Total de respostas corretas

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	0 respostas corretas	17	15,18	15,18	15,18
	1 resposta correta	36	32,14	32,14	47,32
	2 respostas corretas	32	28,57	28,57	75,89
	3 respostas corretas	27	24,11	24,11	100,00
	Total	112	100,00	100,00	

Apêndice IX. Apresentação dos resultados por análise de conteúdo

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS, POR ANÁLISE DE CONTEÚDO

ÁREA TEMÁTICA Conhecimento sobre infecção aguda pelo VIH			
CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE SIGNIFICANTE	FREQUÊNCIA
Conhecimentos sobre sinais e sintomas associados à fase aguda da infecção pelo VIH	Conhecimentos corretos	“Idênticos à gripe” (E2) “Febre, dores musculares, gânglios inchados” (E3) “Febre, adenopatias, síndrome gripal” (E4) “semelhantes a uma gripe e/ou gânglios inflamados e/ou manchas no zona superior do tronco” (E5) “Febre, gânglios linfáticos inchados, manchas avermelhadas na pele, dores musculares, cansaço” (E6) “Febre e sintomas gripais” (E7) “febre superior a 39, manchas vermelhas na pele, aumento de volume nos gânglios” (E9) “Febre e gânglios inflamados” (E11) “Gânglios inchados, febre, dores musculares” (E12) “Febre, vômitos, suores frios” (E13) “Febre. Estado griposo” (E14) “Febres / mialgias / síndrome gripal” (E16) “Síndrome gripal, mialgias, diarreia, anorexia, aftoses orofaríngeas” (E18) “Sintomas parecidos com uma infecção tipo gripe forte” (E21) “febre” (E22) “Febre” (E23; E36; E73) “Aparecimento de manchas/erupções na pele” (E28)	83

		<p>“Gripe: dores de cabeça, cansaço, mal estar geral, gânglios inchados, perda de apetite, perda de peso, etc” (E30)</p> <p>“cansaço, feridas na pele, aftas...” (E31)</p> <p>“Febre, diarreia, vômitos” (E33)</p> <p>“Sintomas de um estado gripal, febre, inflamação dos gânglios” (E35)</p> <p>“Mesmo que uma gripe” (E37)</p> <p>“Diarreia, febre alta, dores nas articulações, ...” (E38)</p> <p>“Febre, suores, diarreia, cansaço” (E39)</p> <p>“Sentimento de fraqueza, náuseas,...” (E40)</p> <p>“Cansaço, gânglios inchados” (E41)</p> <p>“Perda rápida de peso, diarreia” (E42; E43)</p> <p>“Febres, dores musculares, cansaço.” (E44)</p> <p>“Febre, dores de garganta, diarreia ou assintomático” (E45)</p> <p>“Semelhantes a uma gripe” (E46)</p> <p>“Podem ser semelhantes a gripe” (E47)</p> <p>“febres, sintomas semelhantes à gripe” (E48)</p> <p>“Estado febril prolongado, fraqueza” (E49)</p> <p>“Manchas, dor de garganta, dores musculares” (E52)</p> <p>“Podem não ter nenhuns e os sintomas que algumas pessoas apresentam podem ser similares a muitas outras doenças, como uma gripe por exemplo.” (E53)</p> <p>“Gânglios, febres” (E54)</p> <p>“sintomas tipo gripe, febre, dores de cabeça, gânglios inchados” (E55)</p> <p>“dores de cabeça, vômitos, diarreia” (E56)</p> <p>“Febre. Dor de garganta. Cansaço” (E57)</p>	
--	--	---	--

		<p>“perda de peso acentuada, febre” (E59)</p> <p>“Borbulhas na pele. Cansaço, Emagrecimento” (E60)</p> <p>“Cansaço e febre” (E61)</p> <p>“Febre alta, sintomas como gripe, cansaço, erupções cutâneas” (E62)</p> <p>“Semelhantes a uma gripe forte” (E64)</p> <p>“Febre, sintomas gripais, cansaço” (E65)</p> <p>“Sintomas gripais” (E66)</p> <p>“Febre, constipação” (E67)</p> <p>“Febres altas, cansaço, dores musculares” (E68)</p> <p>“Febre, cansaço, manchas no corpo e perda de peso (entre outros)” (E69)</p> <p>“sintomas idênticos a gripe, febre” (E70)</p> <p>“A pessoa poderá sentir gripe, febre ou cansaço. Diarreia, náuseas, fadiga” (E71)</p> <p>“Sintomas gripais e febre” (E72)</p> <p>“Febre, sintomas semelhantes a uma gripe” (E74)</p> <p>“Suor, diarreia” (E75)</p> <p>“Dores, fraqueza, enjoos, constipação.” (E76)</p> <p>“Estes sintomas poderão ser idênticos, ou facilmente confundidos, aos de uma gripe ou amigdalite, com febre e toda a sintomatologia habitual com que cada indivíduo reage quando infectado por uma virose. O que significa que também poderá passar despercebida” (E77)</p> <p>“Febres elevadas, dores no corpo, gânglios inchados, manchas na pele nos membros superiores” (E78)</p> <p>“Febre, suores noturnos, rash cutâneo, fadiga, dores musculares” (E79)</p> <p>“Semelhantes a uma gripe severa” (E82)</p>	
--	--	--	--

		<p>“Semelhante a uma outra virose (ex. gripe), cansaço, suores, febre, adenopatias” (E87)</p> <p>“Sintomas semelhantes a uma gripe.” (E88)</p> <p>“Febre, manifestações na pele em zonas especialmente perto de gânglios (pescoço, axilas, etc).” (E89)</p> <p>“Creio que seja um conjunto de sintomas que se assemelha a uma gripe.” (E91)</p> <p>“Gânglios inflamados, cansaço extremo, dores musculares” (E92)</p> <p>“Cansaço” (E93)</p> <p>“Febres, cansaço, diarreia” (E94)</p> <p>“Febre, dor de garganta, dores musculares, dores de cabeça, vermelhidões.” (E95)</p> <p>“Febre, dores” (E96)</p> <p>“Má disposição, falta de apetite” (E97)</p> <p>“Sintomas similares a gripe na primeira quinzena após o contacto de risco, com febre alta e aumento dos linfonodos.” (E99)</p> <p>“Gripe, fadiga, dores de cabeça e febre baixa” (E100)</p> <p>“febre, inflamação de alguns gânglios, manchas avermelhadas na pele” (E101)</p> <p>“Febre, manchas no corpo, inflamação dos gânglios” (E102)</p> <p>“Febre, mialgias, astenia, anorexia” (E104)</p> <p>“Febre, diarreia” (E107)</p> <p>“A pessoa adocece tipo gripe” (E108)</p> <p>“Febre, dores nas articulações, diarreia, vômitos, perda de apetite e peso” (E109)</p> <p>“Similares a uma gripe” (E110)</p> <p>“Cansaço, diarreia” (E111)</p> <p>“sintomas gripais, febre, cansaço, dores musculares, manchas no corpo” (E112)</p>	
--	--	--	--

	Conhecimentos incorretos	<p>“Dores de cabeça, de estômago, nos músculos, fadiga, prurido, etc” (E8)</p> <p>“Fraqueza, doença prolongada mais do que o normal, dificuldade de cicatrização de feridas, perda de peso, sinais no corpo, ...” (E10)</p> <p>“Sem defesas” (E15)</p> <p>“Febre, fadiga, dores musculares, comichão, dor de cabeça.” (E17)</p> <p>“Febre, suores noturnos; tosse seca” (E20)</p> <p>“maior suscetibilidade a outras doenças” (E24)</p> <p>“Manchas na pele, sistema imune em baixos níveis” (E26)</p> <p>“nenhum” (E27)</p> <p>“sistema imunológico deprimido. Risco de contrair infecções oportunistas”(E29)</p> <p>“Feridas” (E32)</p> <p>“Febre, diarreia, tosse seca” (E50)</p> <p>“Tosse, expetoração, diarreia, dor abdominal” (E51)</p> <p>“Dado o enfraquecimento do sistema imunológico, cansaço, fadiga. (penso)” (E58)</p> <p>“Constipação forte, as defesas imunitárias baixam, possíveis borbulhas” (E85)</p> <p>“Mais suscetível a apanhar doenças, devido ao sistema imunológico, estar debilitado” (E86)</p> <p>“Fragilidade de sistema imunológico” (E98)</p>	16
	Aparenta falta de conhecimento	<p>“NA” (E1; E106)</p> <p>“n” (E19)</p> <p>“não sei” (E25; E34; E63; E80; E81; E83; E84; E90; E105)</p> <p>“desconheço” (E103)</p>	13

<p style="text-align: center;">ÁREA TEMÁTICA Conhecimento sobre infecção aguda pelo VIH</p>			
CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE SIGNIFICANTE	FREQUÊNCIA
Conhecimentos sobre o início dos sinais e sintomas na fase aguda da infecção pelo VIH	< a 2 semanas	“de 2 a 3 dias a uma semana” (E68) “1” (E14; E22; E54; E67; E96) “1-2 semanas” (E55; E72; E99) “1 a 2 semanas se não me engano” (E91) “1/2 semanas (?)” (E108) “de imediato” (E92)	12
	2-4 semanas	“1-3” (E50) “1-4 semanas” (E47) “2” (E2; E3; E7; E11; E12; E13; E16; E17; E23; E28; E32; E33; E35; E36; E52; E62; E70; E74; E78; E88; E93; E101; E111) “2/3 semanas” (E79; E109) “2 a 4” (E45; E77; E94) “2 a 8” (E66) “cerca de duas semanas” (E48) “Se houver sintomas, podem acontecer a partir das 2 semanas (sem certeza)” (E53) “3” (E6; E9; E18; E21; E31; E37; E38; E39; E60; E65) “3 a 4” (E69; E71; E95; E100) “4” (E1; E4; E5; E8; E19; E30; E34; E41; E57; E61; E106) “1 mês” (E64; E112)	60

	> 4 semanas	<p>“Variável, penso. Poderá demorar várias semanas. 3, 5, ou mais, diria” (E58)</p> <p>“4 a 6” (E49; E110)</p> <p>“6” (E20; E44)</p> <p>“6 a 8 semanas” (E81)</p> <p>“8” (E15)</p> <p>“2 meses” (E104)</p> <p>“9” (E25)</p> <p>“12” (E10; E40; E42; E43; E51; E73; E102)</p> <p>“16” (E90)</p> <p>“20” (E24)</p> <p>“24” (E26)</p> <p>“180” (E29)</p> <p>“3 meses” (E56; E85)</p> <p>“6 meses” (E86; E98; E105)</p> <p>“meses” (E97)</p>	26
	Aparenta falta de conhecimento	<p>“0” (E27)</p> <p>“Não sei” (E46; E63; E75; E76; E80; E83; E84; E87)</p> <p>“Desconheço” (E103)</p> <p>“Podem não surgir sintomas” (E82)</p> <p>“Depende do paciente” (E59)</p> <p>“Depende, pode nem manifestar qualquer sintoma” (E89)</p> <p>“Depende” (E107)</p>	14

ÁREA TEMÁTICA Conhecimento sobre infecção aguda pelo VIH			
CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE SIGNIFICANTE	FREQUÊNCIA
Conhecimentos sobre o tempo de duração dos sinais e sintomas de infecção aguda pelo VIH	< a 2 semanas	"1" (E2; E5; E9; E13; E16; E22; E37; E38; E41; E47; E55; E69; E70; E74; E78; E91; E104; E109) "uma semana?" (E68; E108) "1-2" (E45; E48; E72; E77; E79; E101; E110)	27
	2-4 semanas	"1-4" (E50) "2" (E4; E7; E11; E12; E14; E18; E21; E23; E28; E30; E35; E36; E39; E49; E51; E52; E60; E62; E65; E66; E67; E81; E88; E99; E111) "durante duas semanas" (E53) "2 a 4 semanas" (E94) "3" (E6; E8) "3/4" (E100) "4" (E3; E20; E33; E40; E57; E93) "1 mês" (E85)	38
	> 4 semanas	"5" (E24) "6" (E17; E31; E42; E43) "8" (E54) "9" (E19) "12" (E1; E32; 61) "16" (E15) "24" (E26; E34) "100" (E25) "360" (E29)	15

	<p>Aparenta falta de conhecimento</p>	<p>“0” (E27)</p> <p>“999” (E10)</p> <p>“não sei” (E44: E46; E56; E63; E64; E71; E73; E75; E76; E80; E83; E84; E86; E87; E90; E92; E95; E96; E97; E98; E102; E105; E112)</p> <p>“Dependerá do tratamento. Penso que os sintomas só atenuam com tratamento” (E58)</p> <p>“Depende da citologia do paciente e sua contagem de despiste dos sintomas através de dados laboratoriais” (E59)</p> <p>“Varia entre indivíduos” (E82)</p> <p>“depende” (E89; E107)</p> <p>“desconheço” (E103)</p> <p>“NA” (E106)</p>	<p>32</p>
--	---------------------------------------	---	-----------

Apêndice X. Apresentação dos resultados por método de regressão logística
binária

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS, POR MÉTODO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA BINÁRIA

		Conhecimento geral sobre VIH				Infecção aguda pelo VIH			
		Totalidade de respostas corretas N (%) 33 (29,46)	Mínimo de 1 resposta incorreta N (%) 79 (70,54)	OR (IC 95%)	Valor-p	Com conhecimentos N (%) 27 (24,1)	Sem conhecimentos N (%) 85 (75,9)	OR (IC 95%)	Valor-p
Idade	< 36 anos	14 (24,56)	43 (75,44)	1		18 (31,58)	39 (68,42)	1	
	≥ 36 anos	19 (34,55)	36 (65,45)	1,62 (0,71-3,68)	0,25	9 (16,36)	46 (83,64)	0,42 (0,17-1,05)	0,06
Identidade de género ^{b)}	Homem	33 (30,28)	76 (69,72)	1		26 (23,85)	83 (76,15)	1	
	Mulher	0 (0)	2 (100)	a)		0 (0)	2 (100)	a)	
	Outro	0 (0)	1 (100)			1 (100)	0 (0)		
Orientação sexual ^{b)}	Homossexual	31 (29,81)	73 (70,19)	1		25 (24,04)	79 (76,96)	1	
	Bissexual/ Heterossexual/ Outra	2 (25)	6 (75)	0,71 (0,13-3,75)	0,69	2 (25)	6 (76)	1,24 (0,23-6,77)	0,8

País de Nascença	Portugal	32 (31,37)	70 (68,63)	1		22 (21,57)	80 (78,43)	1	
	América	0 (0)	3 (100)	a)		1 (33,33)	2 (66,67)	1,82 (0,16-21)	0,63
	África	0 (0)	2 (100)			0 (0)	2 (100)	a)	
	Outros países europeus	1 (20)	4 (80)	0,55 (0,06-5,09)	0,6	4 (80)	1 (20)	14,55 (1,55-136,84)	0,02
Escolaridade ^{b)}	Ensino Secundário	4 (17,39)	19 (82,61)	1		3 (13,04)	20 (86,96)	1	
	Ensino Superior	29 (32,95)	59 (67,05)	2,51 (0,77-8,22)	0,13	24 (27,27)	64 (72,73)	2,2 (0,58-8,3)	0,24
Situação perante o trabalho ^{b)}	Empregado	26 (28,57)	65 (71,43)	1		21 (23,08)	70 (76,92)	1	
	Desempregado	5 (45,45)	6 (54,55)	2,17 (0,57-8,2)	0,26	1 (9,09)	10 (90,91)	0,22 (0,02-2,61)	0,23
	Estudante	1 (12,5)	7 (87,50)	0,41 (0,04-3,76)	0,43	4 (50)	4 (50)	2,04 (0,41-10,1)	0,38
	Reformado	1 (100)	0 (0)	a)		1 (100)	0 (0)	a)	
Estatuto serológico para VIH ^{b)}	Negativo	31 (29,81)	73 (70,19)	1		26 (25)	78 (75)	1	
	Não sei	2 (25)	6 (75)	0,66 (0,12-3,52)	0,63	1 (12,5)	7 (87,5)	0,54 (0,06-4,76)	0,58

a) Não é possível analisar do ponto de vista estatístico

b) Ajustado para a idade e país de nascença

Apêndice XI. Apresentação dos resultados por método de regressão logística binária, aplicado às 3 questões sobre conhecimentos face ao VIH com % de respostas corretas inferior a 90%

**APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS, POR MÉTODO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA BINÁRIA, PARA AS 3 QUESTÕES SOBRE
CONHECIMENTOS FACE AO VIH, COM % DE RESPOSTA CORRETA INFERIOR A 90%**

		Q9- Risco de transmissão do VIH, por transfusão, em Portugal			
		Resposta correta N (%) 49 (43,75)	Resposta incorreta N (%) 63 (56,25)	OR (IC 95%)	Valor- <i>p</i>
Idade	< 36 anos	22 (38,6)	35 (61,4)	1	
	≥ 36 anos	27 (49,09)	28 (50,91)	1,53 (0,72-3,25)	0,26
Identidade de género	Homem	49 (44,95)	60 (55,05)	1	
	Mulher	0 (0)	2 (100)	a)	
	Outro	0 (0)	1 (100)		
Orientação sexual	Homossexual	46 (44,23)	58 (55,77)	1	
	Bissexual/Heterossexual/Outra	3 (37,5)	5 (62,5)	0,76 (0,17-3,33)	0,71

País de Nascimento	Portugal	46 (55,1)	56 (54,9)	1	
	América	0 (0)	3 (100)	a)	
	África	1 (50)	1 (50)	1,22 (0,07-20)	0,89
	Outros países europeus	2 (40)	3 (60)	0,81 (0,13-5,07)	0,82
Escolaridade	Ensino Secundário	5 (27,74)	18 (78,26)	1	
	Ensino Superior	43 (48,86)	45 (51,14)	3,44 (1,17-10,08)	0,02
Situação perante o trabalho	Empregado	38 (41,76)	53 (58,24)	1	
	Desempregado	7 (63,64)	4 (36,36)	2,44 (0,67-8,93)	0,18
	Estudante	3 (37,5)	5 (62,5)	0,84 (0,19-3,72)	0,82
	Reformado	1 (100)	0 (0)	a)	
Estatuto serológico para VIH	Negativo	46 (44,23)	58 (55,77)	1	
	Desconhece	3 (37,5)	5 (62,5)	0,76 (0,17-3,33)	0,71

a) Não é possível analisar do ponto de vista estatístico

		Picada de Mosquito			
		Resposta correta N (%) 81 (72,32)	Resposta incorreta N (%) 31 (27,68)	OR (IC 95%)	Valor-p
Idade	< 36 anos	36 (63,16)	21 (36,84)	1	
	≥ 36 anos	45 (81,82)	10 (18,18)	2,63 (1,1-6,27)	0,03
Identidade de género	Homem	79 (72,48)	30 (27,52)	1	
	Mulher	1 (50)	1 (50)	0,38 (0,02-6,27)	0,5
	Outro	1 (100)	0 (0)	a)	
Orientação sexual	Homossexual	76 (73,08)	28 (26,92)	1	
	Bissexual/Heterossexual/Outra	5 (62,5)	3 (37,5)	0,61 (0,14-2,74)	0,52
País de Nascimento	Portugal	75 (73,53)	27 (26,47)	1	
	América	2 (66,67)	1 (33,33)	0,72 (0,06-8,26)	0,79
	África	1 (50)	1 (50)	0,36 (0,02-5,96)	0,48

	Outros países europeus	3 (60)	2 (40)	0,54 (0,09-3,4)	0,51
Escolaridade	Ensino Secundário	14 (60,87)	9 (39,13)	1	
	Ensino Superior	66 (75)	22 (25)	1,93 (0,73-5,07)	0,18
Situação perante o trabalho	Empregado	65 (71,43)	26 (28,57)	1	
	Desempregado	9 (81,82)	2 (18,18)	1,8 (0,36-8,9)	0,47
	Estudante	5 (62,5)	3 (37,5)	0,67 (0,15-2,99)	0,6
	Reformado	1 (100)	0 (0)	a)	
Estatuto serológico para VIH	Negativo	75 (72,12)	29 (27,88)	1	
	Desconhece	6 (75)	2 (25)	1,16 (0,22-6,08)	0,86

a) Não é possível analisar do ponto de vista estatístico

		Urina			
		Resposta correta N (%) 91 (81,25)	Resposta incorreta N (%) 21 (18,75)	OR (IC 95%)	Valor-p
Idade	< 36 anos	46 (80,7)	11 (19,3)	1	
	≥ 36 anos	45 (81,82)	10 (18,18)	1,08 (0,42-2,78)	0,88
Identidade de género	Homem	88 (80,73)	21 (19,27)	1	
	Mulher	2 (100)	0 (0)	a)	
	Outros países europeus	1 (100)	0 (0)		
Orientação sexual	Homossexual	84 (80,77)	20 (19,23)	1	
	Bissexual/Heterossexual/Outra	7 (87,5)	1 (12,5)	1,67 (0,19-14,33)	0,64
País de Nascimento	Portugal	82 (80,39)	20 (19,61)	1	
	América	2 (66,67)	1 (33,33)	0,49 (0,04-5,65)	0,57
	África	2 (100)	0 (0)	a)	
	Europa	5 (100)	0 (0)		

Escolaridade	Ensino Secundário	17 (73,91)	6 (26,09)	1	
	Ensino Superior	73 (82,95)	15 (17,05)	1,71 (0,58-5,08)	0,33
Situação perante o trabalho	Empregado	73 (80,22)	18 (19,78)	1	
	Desempregado	9 (81,82)	2 (18,18)	1,11 (0,22-5,59)	0,90
	Estudante	7 (87,5)	1 (12,5)	1,73 (0,2-14,93)	0,62
	Reformado	1 (100)	0 (0)	a)	
Estatuto serológico para VIH	Negativo	85 (81,73)	19 (18,27)	1	
	Desconhece	6 (75)	2 (25)	0,67 (0,13-3,58)	0,64

a) Não é possível analisar do ponto de vista estatístico

Apêndice XII. Sessão de apresentação do projeto à equipa do CheckpointLX

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**7º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem - Área de
Especialização em Enfermagem Comunitária**

Plano de sessão da apresentação do Projeto de Intervenção Comunitária

Tema: Conhecimentos sobre infeção aguda pelo VIH, em HSH: um passo para a
deteção precoce

Duração: 50 minutos

Data da sessão: janeiro de 2016

Local: CheckpointLX

Formador: Andreia Martins

Destinatário: Equipa do CheckpointLX

Objetivo geral: Apresentar o projeto de intervenção comunitária, à equipa do
CheckpointLX

Objetivo específico: - Promover a participação da equipa do CheckpointLX na
definição de prioridades e estratégias de intervenção

Etapas	Conteúdos	Metodologia	Recursos didáticos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do projeto - Enquadramento teórico e dados epidemiológicos - Objetivos do projeto 	Expositiva	Computador e slide show	10'
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico de situação: constituição da amostra; instrumento de colheita de dados) - Tratamento dos dados e apresentação dos resultados - Problemas identificados 	Expositiva	Computador e slide show	20'
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de prioridades - Definição de estratégias de intervenção 	Participativa	Computador e slide show	20'

PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA



**Conhecimentos sobre a infeção aguda pelo VIH pelos HSH: um
passo para a deteção precoce**

Discente: Enf.ª Andreia Martins

Docente Orientador: Prof.ª Dr.ª Maria Lourdes Varandas

Orientador do local de estágio: Enf.º de Saúde Comunitária Miguel Rocha

janeiro, 2017

1

CONTEÚDO DA SESSÃO

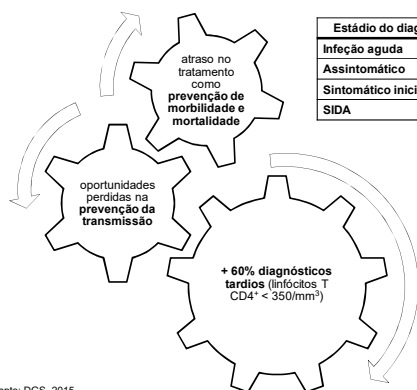
→ Diagnóstico de situação

- Contextualização do problema em saúde
- Instrumento de recolha de dados
- Constituição da amostra e recrutamento
- Tratamento e análise dos dados
- Identificação dos problemas em saúde

→ Definição de prioridades

→ Definição de estratégias de intervenção

2

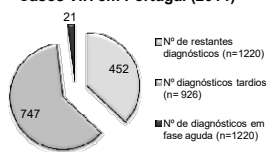


Estádio do diagnóstico	2013	2014
Infeção aguda	0,4%	1,7%
Assintomático	65,7%	68,9%
Sintomático inicial	16,7%	11,1%
SIDA	17%	18,3%

Fonte: DGS, 2015

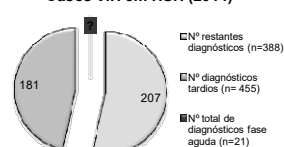
3

Casos VIH em Portugal (2014)

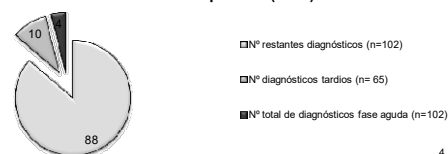


Fonte: DGS, 2015

Casos VIH em HSH (2014)



Casos VIH em HSH no CheckpointLX (2014)



Fonte: CheckpointLX, 2015

4

OBJETIVO GERAL

Contribuir para a promoção do diagnóstico precoce de VIH, em fase aguda da infeção, na população dos HSH

QUESTÃO PARA O DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO?

Quais os conhecimentos dos HSH sobre a infeção aguda pelo VIH?

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar os conhecimentos dos HSH face à infeção pelo VIH

Avaliar os conhecimentos dos HSH face à infeção aguda pelo VIH

5

CONHECIMENTOS SOBRE INFEÇÃO AGUDA PELO VIH NA POPULAÇÃO DE HSH ESTUDOS PUBLICADOS

	Major Article Knowledge of Acute HIV Infection Among Gay and Bisexual Male College Students (Grin, et al, 2013) (n=100)	Knowledge and awareness of acute HIV Infection among mobile app-using MSM: A missed public health opportunity (Siegler, et al, 2015) (n=1748)
% que sabe que existem sinais e sintomas na fase aguda	46%	39%
% que sabe que o início dos sinais e sintomas ocorre entre a 2ª e 4ª semanas após a exposição ao vírus	6%	68%
% que sabe que a duração dos sinais e sintomas é entre 2 a 4 semanas	Não pergunta	26%

6

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS PARA O DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO		
	Baseado em:	Variáveis
Dados sociodemográficos	Questões demográficas do <i>Lisbon MSM Cohort</i> (Meireles <i>et al</i> , 2015)	<ul style="list-style-type: none"> Idade Sexo atribuído à nascença Identidade de género Orientação sexual País de nascença Nível de escolaridade Situação perante o trabalho Estatuto serológico para o VIH
Conhecimento geral sobre VIH	Questionário de Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes Universitários (HBSC/SSREU) de Matos <i>et al</i> (2012)	Questões com opção Sim/Não/Não sei <ul style="list-style-type: none"> 9 itens sobre práticas de risco para a transmissão de VIH 11 itens sobre vias de transmissão do VIH
Conhecimento sobre infeção aguda pelo VIH	Nas questões dos estudos de Grin <i>et al</i> (2013) de Sigler <i>et al</i> (2015)	Questões abertas <ul style="list-style-type: none"> Existência de sinais e sintomas Início dos sinais e sintomas Duração dos sinais e sintomas

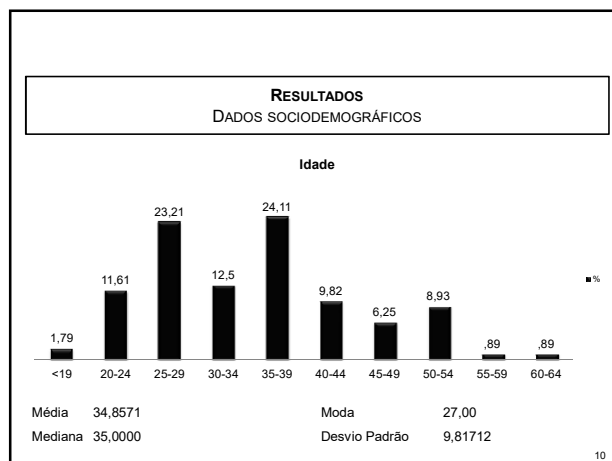
7

CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA E RECRUTAMENTO	
	Constituição da amostra
Critérios de seleção	Critérios de inclusão: <ul style="list-style-type: none"> Ser HSH Ter idade ≥ 18 anos Validar o consentimento informado, livre e esclarecido Ser utilizador do centro CheckpointLX Critérios de exclusão: <ul style="list-style-type: none"> Ser pessoa que vive com VIH
Método e período de recrutamento	Método: <ul style="list-style-type: none"> Envio de convite de participação aos subscritores da newsletter do centro (n=1600) Período: <ul style="list-style-type: none"> 12 a 22 de outubro de 2017

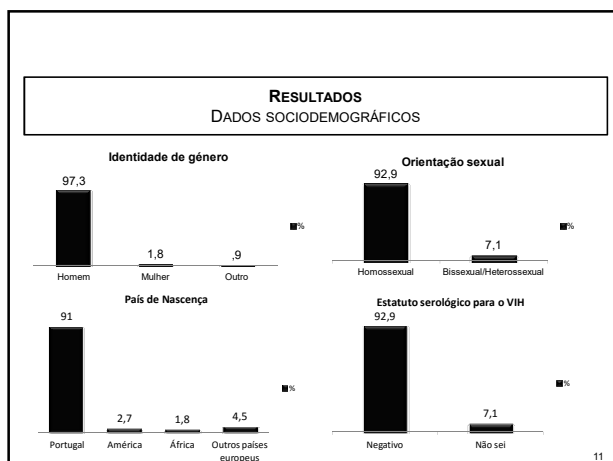
8

TRATAMENTO DOS DADOS (N=112)		
	Variáveis	Tratamento
Dados sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> Idade Sexo atribuído à nascença Identidade de género Orientação sexual País de nascença Nível de escolaridade Situação perante o trabalho Estatuto serológico para o VIH 	Estatística descritiva e análise de regressão via software SPSS® for Windows (versão 22)
Conhecimento geral sobre VIH	Respostas Verdadeiro/Falso <ul style="list-style-type: none"> 9 itens sobre práticas de risco para a transmissão de VIH 11 itens sobre vias de transmissão do VIH 	
Conhecimento sobre infeção aguda pelo VIH	Respostas abertas <ul style="list-style-type: none"> Existência de sinais e sintomas Início dos sinais e sintomas Duração dos sinais e sintomas 	Análise de conteúdo do tipo categorial (Bardin, 2008); regra de enumeração – frequência. Estatística descritiva e análise de regressão via software SPSS® for Windows (versão 22).

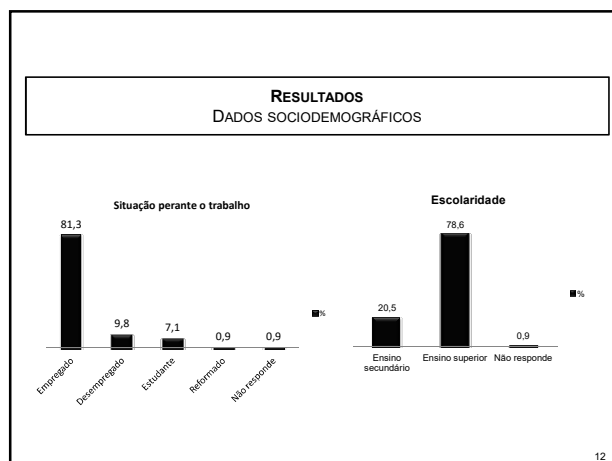
9



10



11



12

RESULTADOS CONHECIMENTOS GERAIS SOBRE VIH (PRÁTICAS)				
Questões	Respostas			% respostas corretas
	Não	Sim	Não sei	
Q1	1 (0,9%)	110 (98,2%)	1 (0,9%)	110 (98,2%)
Q2	111 (99,1%)	1 (0,9%)	0 (0%)	111 (99,1%)
Q3	8 (7,1%)	102 (91,1%)	2 (1,8%)	102 (91,1%)
Q4	112 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	112 (100%)
Q5	107 (95,5%)	1 (0,9%)	4 (3,6%)	107 (95,5%)
Q6	0 (0%)	112 (100%)	0 (0%)	112 (100%)
Q7	0 (0%)	112 (100%)	0 (0%)	112 (100%)
Q8	104 (92,9%)	6 (5,4%)	2 (1,8%)	104 (92,9%)
Q9	49 (43,8%)	53 (47,3%)	10 (8,9%)	49 (43,8%)

13

RESULTADOS CONHECIMENTOS GERAIS SOBRE VIH (VIAS)				
Itens	Respostas			% respostas corretas
	Não	Sim	Não sei	
Saliva	103 (92%)	7 (6,3%)	2 (1,8%)	103 (92%)
Sangue	0 (0%)	112 (100%)	0 (0%)	112 (100%)
Lágrimas	110 (98,2%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)	110 (98,2%)
Urina	91 (81,3%)	7 (6,3%)	14 (12,5%)	91 (81,3%)
Picada de mosquito	81 (72,3%)	17 (15,2%)	14 (12,5%)	81 (72,3%)
WC	105 (93,8%)	1 (0,9%)	6 (5,4%)	105 (93,8%)
Seringas	0 (0%)	112 (100%)	0 (0%)	112 (100%)
Esperma	2 (1,8%)	109 (97,3%)	1 (0,9%)	109 (97,3%)
Beijos	106 (94,6%)	5 (4,5%)	1 (0,9%)	106 (94,6%)
Piscinas	110 (98,2%)	0 (0%)	2 (1,8%)	110 (98,2%)
Abraços	112 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	112 (100%)
% pessoas com todas as respostas corretas				33 (29,5%)

14

RESULTADOS CONHECIMENTO SOBRE A INFEÇÃO AGUDA PELO VIH (SINAIS E SINTOMAS)			
TEMA: Conhecimento sobre infeção aguda pelo VIH			
CATEGORIA	SUBCATEGORIA	EX. UNIDADE SIGNIFICANTE	FREQUÊNCIA
Sinais e sintomas	Corretos	"Febre, dores musculares, gânglios inchados" (E3) "sintomas de um estado gripal, febre, inflamação dos gânglios" (E35) "cansaço" (E93)	83 (74,11%)
		"sistema imunológico deprimido. Risco de contrair infeções oportunistas" (E29) "Tosse, expetoração..." (E51)	16 (14,29%)
	Sem conhecimentos	"não sei" (E25; E34; E63; E80; E83; E84; E90; E105)	13 (11,61%)

15

RESULTADOS CONHECIMENTO SOBRE A INFEÇÃO AGUDA PELO VIH (INÍCIO)			
TEMA: Conhecimento sobre infeção aguda pelo VIH			
CATEGORIA	SUBCATEGORIA	EX. UNIDADE SIGNIFICANTE	FREQUÊNCIA
Início dos sinais e sintomas	< a 2 semanas	"de 2 a 3 dias a uma semana" (E68)	12 (10,71%)
	2-4 semanas	"2 a 4" (E45; E77; E94)	60 (53,57%)
	> 4 semanas	"4 a 6" (E49; E110)	26 (23,21%)
	Sem conhecimentos	"Não sei" (E46; E63; E75; E76; E80; E83; E84; E87)	14 (12,5%)

16

RESULTADOS CONHECIMENTO SOBRE A INFEÇÃO AGUDA PELO VIH (DURAÇÃO)			
TEMA: Conhecimento sobre infeção aguda pelo VIH			
CATEGORIA	SUBCATEGORIA	EX. UNIDADE SIGNIFICANTE	FREQUÊNCIA
Duração dos sinais e sintomas	< a 2 semanas	"1" (E2; E5; E9; E13; E16; E22; E37; E38; E41; E47; E55; E69; E70; E74; E78; E91; E104; E109)	27 (24,11%)
	2-4 semanas	"2" (E4; E7; E11; E12; E14; E18; E21; E23; E28; E30; E35; E36; E39; E49; E51; E52; E60; E62; E65; E66; E67; E81; E88; E99; E111)	38 (33,93%)
	> 4 semanas	"6" (E17; E31; E42; E43)	15 (13,39%)
	Sem conhecimentos	"não sei" (E44; E46; E56; E63; E64; E71; E73; E75; E76; E80; E83; E84; E86; E87; E90; E92; E95; E96; E97; E98; E102; E105; E112)	32 (28,57%)
	% pessoas com todas as respostas corretas		27 (24,1%)

17

RESULTADOS REGRESSÃO LOGÍSTICA BINÁRIA					
Variáveis		Conhecimentos sobre infeção aguda pelo VIH			
		Com conhecimentos N (%)	Sem conhecimentos N (%)	OR (IC 95%)	Valor-p
Idade	< 36 anos	18 (31,58)	39 (68,42)	1	
	≥ 36 anos	9 (16,36)	46 (83,64)	0,42 (0,17-1,05)	0,06
País de Nascimento	Portugal	22 (21,57)	80 (78,43)	1	
	América	1 (33,33)	2 (66,67)	1,82 (0,16-21)	0,63
	África	0 (0)	2 (100)	a)	
	Outros países europeus	4 (80)	1 (20)	14,55 (1,55-136,84)	0,02

a) Não é possível analisar do ponto de vista estatístico

18

RESULTADOS REGRESSÃO LOGÍSTICA BINÁRIA					
Variáveis		Conhecimentos gerais sobre VIH			
		Q9- Risco de transmissão do VIH, por transfusão, em Portugal			
		Resposta correta N (%)	Resposta incorreta N (%)	OR (IC 95%)	Valor-p
Escolaridade	Ensino Secundário	5 (27,74)	18 (78,26)	1	
	Ensino Superior	43 (48,86)	45 (51,14)	3,44 (1,17-10,08)	0,02
		Urina			
		(Sem evidência estatística)			

19

a) Não é possível analisar do ponto de vista estatístico

RESULTADOS REGRESSÃO LOGÍSTICA BINÁRIA					
Variáveis		Conhecimentos gerais sobre VIH			
		Picada de Mosquito			
		Resposta correta N (%)	Resposta incorreta N (%)	OR (IC 95%)	Valor-p
Idade	< 36 anos	81 (72,32)	31 (27,68)	1	
	≥ 36 anos	36 (63,16)	21 (36,84)	2,63 (1,1-6,27)	0,03

20

PROBLEMAS IDENTIFICADOS		
Conhecimentos	Problemas	Dados N (%)
Gerais sobre o VIH	Problema A – Déficit de conhecimento geral sobre as vias de não transmissão da infeção por VIH	90% de respostas corretas em 17 questões exceto para: - transfusão de sangue, em Portugal: 53 (47,3) respondeu "Sim" e 10 (8,9), "Não sei" - urina: 7 (6,3) respondeu "Sim" e 14 (12,5), "Não sei" - picada de mosquito: 17 (15,2) respondeu "Sim" e 14 (12,5), "Não sei"
Infeção aguda pelo VIH	Problema B – Déficit de conhecimento sobre o VIH, em fase aguda de infeção	Todas as questões com % de respostas corretas inferiores a 90%: - sinais e sintomas: 83 (74,1) respondeu corretamente - início dos sinais e sintomas: 60 (53,6) respondeu corretamente - duração dos sinais e sintomas: 38 (33,9) respondeu corretamente

21

PROBLEMAS IDENTIFICADOS		
Conhecimentos	Problemas	Dados N (%)
Infeção aguda pelo VIH		Participantes que nasceram noutros países europeus têm mais probabilidade de terem conhecimentos sobre infeção aguda pelo VIH, em relação a Portugal (OR=14,55; IC 95%: 1,55-136,84) Participantes com idade ≥36 anos, têm tendência para uma menor probabilidade de terem conhecimento sobre infeção aguda pelo VIH em relação aos participantes com idade < 36 anos (OR=0,42; IC 95%: 0,17-1,05)

22

DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES					
<p>Problema A – Déficit de conhecimento geral sobre as vias de não transmissão da infeção por VIH</p> <p>Problema B – Déficit de conhecimento sobre o VIH, em fase aguda de infeção</p>					
Greija de Análise (Tavares, 1990)					
Problemas	Importância do problema	Relação problema/fatores de risco	Capacidade técnica para resolução do problema	Exequibilidade do projeto	Prioridades
Problema A					
Problema B					

23

DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	
<p>BENCHMARKING dos centros europeus congéneres</p> <p>QUIZZ para a aplicação móvel</p> <p>WEBINAR sobre infeção aguda pelo VIH</p> <p>INTEGRAR no aconselhamento, as características de infeção aguda pelo VIH</p>	<p>NOTIFICAÇÃO dos parceiros, encaminhados para a consulta de infeção primária pelo VIH, liderada pelo cliente</p> <p>NOTIFICAÇÃO dos parceiros, encaminhados para a consulta de infeção primária pelo VIH, liderada pelo enfermeiro</p> <p>CONFIRMAÇÃO POINT-OF-CARE dos clientes com exposição ao VIH inferior a 30 dias</p>

24

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral de Saúde (2015). Infecção por VIH, SIDA e Tuberculose em números-2015. Lisboa: DGS
- Direção-Geral de Saúde (2012). *Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA 2012-2016*. Lisboa: DGS
- Grin, B; Chan, P. A.& Operario, D. (2013) Major Article Knowledge of Acute HIV Infection Among Gay and Bisexual Male College Students. *J Am Coll Health*, 61 (4): 232-241. DOI: 10.1080/07448481.2013.781027
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (5ª ed.) ReportNumber
- Matos, G. M.; Reis, M.; Ramiro, L. & Equipa Aventura Social (2012). *A Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes Universitários – Dados Nacionais 2010*. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais & FMH
- Meireles, P., et al (2015). Incident risk factors as predictors of HIV seroconversion in the Lisbon cohort of men who have sex with men: first results, 2011–2014. *Euro Surveill*. Acedido a 19/5/2016. Disponível em <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V20N14/et121091.pdf>
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. 5ª ed., USA: Pearson
- Nunes, L.; Amaral, M.; Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Siegler, A.J. et al (2015 Fevereiro). Knowledge and awareness of acute human immunodeficiency virus infection among mobile app-using men who have sex with men: a missed public health opportunity. *Brief Report* (1-4). DOI:10.1093/ofid/ofv016
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde* (2ªed.). Ministério da Saúde: Departamento de Recursos Humanos da Saúde e Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- <http://www.checkpointtx.com/> Acedido a: 5/4/2016

Apêndice XIII. Resumo da apresentação do projeto, entregue aos elementos da
equipa do CheckpointLX

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**7º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem - Área de
Especialização em Enfermagem Comunitária**

Resumo da apresentação do Projeto de Intervenção Comunitária

Tema: Conhecimentos sobre infeção aguda pelo VIH, em HSH: um passo para a deteção precoce

Data da apresentação: 3 de janeiro de 2016

Local: CheckpointLX

Formador: Andreia Martins

Destinatário: Equipa do CheckpointLX

Objetivo geral: Apresentar o projeto de intervenção comunitária, à equipa do CheckpointLX

Resumo:

Este projeto é elaborado na sequência do estágio académico, que tem como base a metodologia do planeamento em saúde. Esta é composta por diversas fases, sendo a fase inicial, o diagnóstico da situação de saúde.

Segundo a DGS (2015), mais de 60% dos diagnósticos de infeção pelo VIH são tardios (linfócitos T CD4⁺ < 350/mm³), o que se traduz em oportunidades perdidas no âmbito da prevenção, atrasos no tratamento (> risco de morbilidade e mortalidade) e continuidade da transmissão do vírus. Em Portugal, no ano de 2014, 21 (1,4%) casos de diagnóstico de VIH foram em fase aguda de infeção, valor bastante inferior comparativamente com os diagnósticos nas restantes fases da infeção.

Este projeto de intervenção comunitária, pretende **contribuir para a promoção do diagnóstico precoce de VIH, em fase aguda da infeção, na população dos HSH**. Face a este objetivo, coloca-se a questão **Quais os conhecimentos dos HSH sobre a infeção aguda pelo VIH?**, que serviu de orientação para o diagnóstico de situação. Posto isto, procurou-se avaliar os conhecimentos desta população face ao VIH e à infeção aguda pelo VIH.

Elaborou-se um questionário como instrumento de colheita de dados (VER documento: KACRAI-HIV: conhecimentos sobre a infeção aguda pelo VIH), composto por 3 secções: dados sociodemográficos; conhecimento geral sobre VIH (práticas e vias de transmissão); conhecimento sobre infeção aguda pelo VIH (existência de sinais e sintomas, início e duração dos mesmos). Este questionário esteve disponível para resposta de 12 a 22 de Outubro de 2016.

Como critérios de inclusão definiu-se: ser HSH; ter idade ≥ 18 anos; validar o consentimento informado, livre e esclarecido; ser utilizador do centro CheckpointLX. Foram excluídos os participantes que vivem com VIH.

No tratamento dos dados, as questões relacionadas com a infeção aguda pelo VIH tiveram inicialmente uma abordagem qualitativa, por análise de conteúdo (VER documento: Apresentação dos resultados por análise de conteúdo (Bardin, 2015). Posteriormente, todos os dados foram tratados por estatística descritiva e análise de regressão (VER documentos: Apresentação dos resultados por estatística descritiva e Apresentação dos resultados, por método de regressão logística binária).

Verificou-se um conhecimento elevado no que respeita aos conhecimentos gerais sobre VIH, com 17 questões com % de respostas corretas $> 90\%$. No total das 20 questões direcionadas, as 3 questões que tiveram % $< 90\%$, foram a questão 9 (risco de transmissão do VIH, por transfusão sanguínea, em Portugal) com 49 (43,8%), as vias de não transmissão “urina”, com 91 (81,3%) e “picada de mosquito”, com 81 (72,3%).

No que respeita aos conhecimentos sobre infeção aguda pelo VIH, todas as questões tiveram uma % de respostas correta $< 90\%$.

Nesta sequência identificaram-se 2 problemas:

- ➔ Problema A – Défice de conhecimento geral sobre as vias de não transmissão da infeção por VIH
- ➔ Problema B – Défice de conhecimento sobre o VIH, em fase aguda de infeção

Estes problemas foram priorizados com recurso à Grelha de Análise (VER documento com figura “Grelha de Análise para determinação de prioridades”) e definiu-se como prioritário o Problema B.

No sentido de dar resposta ao problema e de acordo com o objetivo geral deste projeto, foram definidas as seguintes estratégias de intervenção:

- ➔ Personalização da mensagem do CheckOut dos HSH encaminhados para a consulta de confirmação de infeção aguda pelo VIH
- ➔ Fixação de poster na sala de espera sobre infeção aguda pelo VIH
- ➔ Colaboração na elaboração do *quizz* sobre infeção aguda pelo VIH para a *app*-móvel
- ➔ Confirmação *point-of-care* dos HSH com exposição ao vírus, inferior a 30 dias
- ➔ Elaboração de vídeos a passar nas redes sociais sobre infeção aguda pelo VIH
- ➔ Abordar as características de infeção aguda pelo VIH, nas consultas de aconselhamento (entregar folheto de infeção aguda)

Apêndice XIV. *Quizz* sobre infecção aguda pelo VIH para a *app*-móvel

ACUTE HIV INFECTION KNOWLEDGE QUESTIONNAIRE				QUESTIONÁRIO SOBRE CONHECIMENTOS DA INFECÇÃO AGUDA PELO VIH		
Item	Questions	Response options	Correct answer	Questões	Opções de resposta	Resposta correta
1	Are there symptoms after recent HIV infection?	Yes No Don't Know	Yes	Existem sintomas após infeção recente pelo VIH?	Sim Não Não sei	Sim
2	What percent of people with acute HIV infection show symptoms?	0%–24% 25%–49% 50%–90% 91%–100%	50%–90%	Que percentagem de pessoas com infeção aguda pelo VIH apresenta sintomas?	0%–24% 25%–49% 50%–90% 91%–100%	50%–90%
3	How long after exposure do symptoms usually occur?	1 day 3 days 1 week 2–4 weeks Don't know	2–4 weeks	Quanto tempo, após exposição, ocorrem geralmente os sintomas?	1 dia 3 dias 1 semana 2–4 semanas Não sei	2–4 semanas
4	How long do symptoms usually last?	1 day 3 days 1 week 2–4 weeks Don't know	2–4 weeks	Geralmente, quanto tempo os sintomas duram?	1 dia 3 dias 1 semana 2–4 semanas Não sei	2–4 semanas
5	Which of the following symptoms (select all that apply)?	Fever Fatigue Muscle of joint soreness Headache Upper body skin rash Swollen “glands” or lymph nodes May have none All the above Don't know	All the above	Quais dos seguintes sintomas? (seleciona todos os que aplicarem)	Febre Fadiga Dor muscular e articular Dor de cabeça Manchas na pele na parte superior do corpo Gânglios inchados Podem não ter nenhum Todas as anteriores Não sei	Todas as anteriores
6	How long after exposure can a 4 th generation rapid test start to detect an acute HIV infection?	2–4 weeks 4–6 weeks 6–8 weeks 8–12 weeks Don't know	2–4 weeks	Quanto tempo depois da exposição se pode detetar uma infeção aguda por VIH com um teste rápido de 4 ^a geração?	2–4 semanas 4–6 semanas 6–8 semanas 8–12 semanas Não sei	2–4 semanas
7	What is the level of transmissibility of the virus when a person is an acute phase of HIV infection?	None Low Same as in the chronic phase High Don't know	High	Qual é o nível de transmissibilidade do vírus na fase aguda da infeção pelo VIH?	Nenhuma Baixa A mesma que na fase crónica Elevada Não sei	Elevada

No fim de responder ao questionário, evidenciar as respostas incorretas e mostrar ao utilizador as respostas certas, com pequeno texto complementar à resposta correta.

Adaption from (Grin, Chan, & Operario, 2013; Siegler et al., 2015; Stekler, Collier, Holmes, & Golden, 2006).

Grin, B., Chan, P. A., & Operario, D. (2013). Knowledge of Acute Human Immunodeficiency Virus Infection Among Gay and Bisexual Male College Students. *Journal of American College Health*, 61(4), 232–241. <http://doi.org/10.1080/07448481.2013.781027>

Siegler, A. J., Sanchez, T., Sineath, R. C., Grey, J., Kahle, E., & Sullivan, P. S. (2015). Knowledge and awareness of acute human immunodeficiency virus infection among mobile app-using men who have sex with men: a missed public health opportunity. *Open Forum Infectious Diseases*, 2(1), ofv016. <http://doi.org/10.1093/ofid/ofv016>

Stekler, J., Collier, A. C., Holmes, K. K., & Golden, M. R. (2006). Primary HIV Infection Education. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42(1), 123–126.

<i>Extra information</i>	<i>Explicação extra</i>
Are there symptoms after recent HIV infection?	Existem sintomas após infecção recente pelo VIH?
<i>Sem explicação extra</i>	<i>Sem explicação extra</i>
What percent of people with acute HIV infection show symptoms?	Que percentagem de pessoas com infecção aguda pelo VIH apresenta sintomas?
During this first stage of infection, the virus is duplicating at a rapid rate. Unlike other viruses, which the body's immune system can normally fight off, HIV can't be eliminated by the immune system. This first stage of infection lasts until the body has created antibodies against HIV, until antibodies are created symptoms appear in most people.	Durante a primeira fase da infecção, o vírus multiplica-se a uma elevada velocidade. Ao contrário de outros vírus, em que o nosso sistema imunitário normalmente consegue combater, o VIH não pode ser eliminado pelo sistema imunitário. Esta fase inicial da infecção pelo VIH dura até o nosso corpo ter criado anticorpos, e até termos criado anticorpos os sintomas aparecem na maioria das pessoas.
How long after exposure do symptoms usually occur?	Quanto tempo, após exposição, ocorrem geralmente os sintomas?
<i>Sem explicação extra</i>	<i>Sem explicação extra</i>
How long do symptoms usually last?	Geralmente, quanto tempo os sintomas duram?
<i>Sem explicação extra</i>	<i>Sem explicação extra</i>
Which of the following symptoms (select all that apply)?	Quais dos seguintes sintomas? (selecciona todos os que aplicarem)
Acute HIV symptoms are like those of the flu and other viral illnesses, so people may not suspect that they are infected with HIV. In fact, if you had anal sex without a condom two weeks before the onset of the symptoms consider to do an HIV 4 th generation test.	Os sintomas da infecção aguda por VIH são parecidos com a síndrome gripal e outras viroses, por isso muitas pessoas não suspeitam que possam estar infetadas com o VIH nesta fase.
How long after exposure can a 4 th generation rapid test start to detect an acute HIV infection?	Quanto tempo depois da exposição se pode detetar uma infecção aguda por VIH com um teste rápido de 4 ^a geração?
Molecular tests can detect the virus itself 7 days after the infection. 4 th generation tests can detect the p24 antigen 14 days after the infection. 3 rd generation tests, the standard ones, can detect antibodies 30 days after the infection.	Os testes moleculares podem detetar o próprio vírus no sangue a partir do 7º dia após a infecção. Os testes de 4ª geração podem detetar a proteína p24 no sangue a partir do 14º dia após a infecção. Os testes de 3ª geração, os mais frequentes, podem detetar anticorpos a partir do 30º dia após a infecção.
What is the level of transmissibility of the virus when a person is in an acute phase of HIV infection?	Qual é o nível de transmissibilidade do vírus na fase aguda da infecção pelo VIH?
This stage is characterized by the presence of high amounts of virus in the sperm and blood, which increases the chances of HIV transmission. In this stage the HIV transmission is 100 to 1000 times fold when compared with other HIV infection stages.	Esta fase é caracterizada por elevadas quantidades de vírus no sangue e esperma, o que aumenta a probabilidade de transmissão de VIH. Nesta fase o risco de transmissão é 100 a 1000 vezes superior comparativamente com as restantes fases da infecção pelo VIH.

Mensagem final: Caso tenhas tido sexo anal sem usar preservativo duas semanas antes de ter algum destes sintomas, considera fazer o rastreio de 4ª geração para o VIH.

Apêndice XV. Vídeos sobre infecção aguda pelo VIH



CheckpointLX com Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e GAT.

31/1 - 🌐

Sabe mais sobre a infeção aguda pelo VIH em 40 segundos!



CheckpointLX com Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e GAT.

7/2 - 🌐

Saiba mais sobre a infecção pelo VIH aguda em 40 segundos!

⚙️ · [Ver Original](#) · [Classifica esta tradução](#)



Fonte: www.facebook.com/CheckpointLX/

Apêndice XVI. Folhetos sobre infecção aguda pelo VIH, nos *kits*

